

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARIA JOSEFA HERRERA SALGADO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS NA ESF
DA UBS Dr. CLAUDIONOR DO VALLE FERREIRA. BELMIRO
BRAGA/MG.**

**JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS
2016**

MARIA JOSEFA HERRERA SALGADO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS NA ESF
DA UBS Dr. CLAUDIONOR DO VALLE FERREIRA, BELMIRO
BRAGA/MG.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização Estratégia Saúde de Família. Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

**JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS
2016**

MARIA JOSEFA HERRERA SALGADO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS NA ESF
DA UBS Dr. CLAUDIONOR DO VALLE FERREIRA, BELMIRO
BRAGA/MG.**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira (UFMG).

Examinador 2: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em _____ de _____ de 2016.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às pessoas que me apoiaram e tiveram a confiança no desenvolvimento deste projeto.

Agradeço ao povo de Belmiro Braga e especialmente à população de abrangência da ESF do USB Dr. Claudionor do Valle Ferreira.

RESUMO

A Equipe de Saúde da Família (ESF) Dr. Claudionor do Valle Ferreira, de Belmiro Braga/ MG, tem uma área de abrangência de aproximadamente 1.058 famílias e 3.400 habitantes. O principal problema da ESF é o elevado número de pacientes hipertensos com insuficiente controle e acompanhamento da doença. Como determinantes citam-se: o desconhecimento das doenças crônicas pela população, o não desenvolvimento da consulta de HIPERDIA, os maus hábitos e estilos de vidas inadequados da população e a falta de apoio familiar nos tratamentos das patologias crônicas. O objetivo do trabalho foi criar um plano de intervenção para melhorar o controle dos pacientes hipertensos e, com isso, diminuir a mortalidade por seus agravos. A metodologia constou de três etapas: um diagnóstico situacional, uma revisão bibliográfica sobre o tema e a elaboração de um plano de ação. Propõe-se uma ação educativa com atividades de promoção e prevenção, organizar o trabalho de grupos operativos, desenvolver a consulta de HIPERDIA e classificar o risco cardiovascular individual de acordo aos fatores de risco associados. Com isso pretende-se melhorar a qualidade de vida da população hipertensa.

Palavras chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Saúde do adulto. Doença Cardiovascular. Educação. Fatores de risco.

ABSTRACT

The Family Health Team (FHT) Dr. Claudionor Valle Ferreira, Belmiro Braga MG, has a coverage area of approximately 1058 families and 3400 inhabitants. The main problem of the ESF is the high number of hypertensive patients with inadequate control and monitoring of the disease. As determinants are mentioned: the lack of chronic diseases by the population, not the development of HIPERDIA consultation, bad habits and styles of inadequate lives of the population; and lack of family support in chronic diseases treatments. The objective was to create an action plan to improve control in hypertensive patients and thus reduce mortality by their injuries. The methodology consisted of three phases: a situational diagnosis, bibliographic review and the preparation of an action plan. It is proposed that an educational action with promotion and prevention activities, organize the work of operational groups, develop HIPERDIA consultation and classify individual cardiovascular risk according to risk factors. It aims to improve the quality of life of the hypertensive population.

Key words: Hypertension. Risk factors. Adult health. Cardiovascular disease. Education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEMIG	Centrais Elétricas de Minas Gerais
COPASA	Companhia de saneamento
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DCV	Doença cardiovascular
ESF	Estratégia de Saúde de Família
FMS	Fundo Municipal de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IMC	Índice de massa Corporal
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAD	Pressão arterial diastólica
PAS	Pressão arterial sistólica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
Pud.Med	Publicações Médicas
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SIAB	Sistema de Informação na de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde.

SUMARIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	JUSTIFICATIVA	12
3	OBJETIVOS	14
3.1	Objetivo geral	14
3.2	Objetivos específicos	14
4	METODOLOGÍA	15
5	REVISÃO DA LITERATURA	16
5.1	Hipertensão Arterial Sistémica	16
5.2	Fatores de risco associados à HAS	18
5.3	ESF e o trabalho em grupo no controle da hipertensão	19
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	20
6.1	Seleção do problema	20
6.2	Explicação do problema principal e identificação dos nós críticos	21
6.3	Desenho das operações	22
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
	REFERENCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

O município de Belmiro Braga se localiza na Mesorregião da Zona da Mata Mineira, fazendo parte da microrregião de Juiz de Fora. Tem uma área de aproximadamente 393,13 km². Os municípios limítrofes são: Juiz de Fora, Matias Barbosa, Simão Pereira, Santa Barbara do Monte Verde, Paraíba do Sul (Rio de Janeiro), Comendador Levy Gasparian (Rio de Janeiro) e Rio das Flores (Rio de Janeiro) (IBGE, 2010).

O município conta com uma população total de 3.400 habitantes, dos quais cerca de 24,00% vivem na zona urbana, contra 76,00% que vivem na zona rural, caracterizando-se, portanto como uma população extremamente rural, concentrada nos distritos periféricos e fazendas, com grande contingente de adultos jovens e idosos. Com a maioria da população na faixa etária de 15 e 59 anos, onde o sexo masculino supera ao feminino com 50,7% e 49,3% respectivamente, também é predominantes a cor de pele branca (44, 35%) e a cor parda (29,04%) (IBGE, 2007).

A expectativa de vida é de 71, 6 anos, o crescimento populacional é de 1.34, a taxa de fecundidade de 2.9. A taxa de alfabetização estima-se em 83,45% e o índice de desenvolvimento humano de 0,735 (IBGE, 2009).

Em relação às condições básicas de saneamento, mais da metade dos domicílios são abastecidos pela rede geral, os outros domicílios se abastecem de água sem tratamento desde poços ou nascentes. O abastecimento de água no município é feito pela COPASA. A maioria do lixo gerado nos domicílios é coletada por serviço de limpeza, outros queimam ou enterram o lixo na propriedade, poucos casos do depósito em terreno baldio são registrados.

Com relação ao esgotamento sanitário, o município possui rede de coleta de esgotos, porém os mesmos são lançados nos corpos d'água sem nenhum tipo de tratamento, assim como as águas pluviais que também são coletadas e lançadas em córregos e rios. Os serviços de distribuição de energia são prestados pela Central Elétrica de Minas Gerais (CEMIG -), que possui duas subestações na sede do município.

O município possui uma economia voltada principalmente para a agropecuária, com destaque para a produção de leite e gado de corte. O Produto Interno Bruto do ano de 2009 foi de R\$35.245, sendo aproximadamente 33% advindos da agropecuária, 19% da indústria e 48% da

prestação de serviços (IBGE, 2010). Existem no município 81 empresas locais que oferecem emprego aos habitantes da cidade tendo aproximadamente 505 pessoas ocupadas e com um salário médio mensal de 1,7 salários mínimos. Vale destacar que além das informações expostas acima outro grande empregador no município é a Prefeitura Municipal que dispõe de 229 funcionários entre efetivos e contratada.

A incidência da pobreza é de 16,96% com limite inferior de 9,44% e limite superior de 24,49%, segundo o censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) e pesquisa de orçamentos familiares (IBGE, 2009), porém não existem estudos científicos ou parâmetros reais atualizados para que se possa avaliar a real situação de renda, desigualdade e pobreza do município.

O Conselho Municipal de Saúde foi criado no município através da lei nº 117 de 16/06/1993. As reuniões são abertas ao público, com pauta e datas previamente divulgadas, ocorrem uma vez por mês ordinariamente ou extraordinariamente quando convocada pela mesa diretora ou pela maioria simples de seus representantes. Sua composição é de forma paritária 50% representantes do Governo e 50% representantes do usuário totalizando 12 membros efetivos e respectivamente suplentes.

O Fundo Municipal de Saúde (FMS) foi criado através da Lei No 060/90, de 15 de junho de 1990 com a finalidade de atender as despesas decorrentes das ações e serviços públicos prestados diretamente ou mediante contratos e convênios, integrantes da rede regionalizada e hierarquizada que compõe o sistema municipal de saúde.

O sistema de referência e contra referência do município estão em processo de implantação, objetivando um serviço de qualidade, acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência municipal.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Claudionor do Valle Ferreira está situada no centro da cidade. O acesso à mesma pode ser através de transporte público, particular e caminhando até a unidade, sendo a última forma mais utilizada pelos usuários. É importante destacar as dificuldades dos usuários das áreas rurais para aceder ao posto devido à longa distância. São oferecidos serviços de acolhimento, vacinação, consultas médicas e de enfermagem, distribuição de medicamentos, encaminhamento para consultas especializadas,

visitas domiciliares, consulta pré-natal, puericultura, consulta de planejamento familiar, atividades educativas de promoção e prevenção em saúde.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) tem uma área de abrangência de 1.058 famílias e 3.400 habitantes. Na unidade que aloca a ESF, o atendimento é feito diariamente das 07h00min às 16h00hs e é composta por uma equipe multidisciplinar: uma médica, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, dez ACS, um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário. Além de sua extensão com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que possui um educador físico, um nutricionista, um fisioterapeuta e um fonoaudiólogo. As consultas são agendadas previamente e a equipe atende diariamente à demanda espontânea após uma triagem onde é definida a conduta com cada paciente. Realiza-se o acolhimento dos pacientes com doenças crônicas e os pacientes que não podem ir até à unidade por alguma condição de incapacidade, se fazem visitas domiciliares pela médica, enfermeiro, cirurgião dentista, técnico de enfermagem, agendadas previamente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que estão dia a dia em suas respectivas microáreas conhecendo as especificidades locais e fazendo um trabalho de promoção e prevenção de saúde.

A equipe faz reuniões todos os meses, onde se definem as tarefas a realizar no processo de trabalho e são discutidos os problemas da área de abrangência.

Deste modo, junto a líderes comunitários e funcionários da secretaria de saúde, se discutiu o diagnóstico situacional. Depois de definir os problemas e suas causas, efetuou-se a priorização conforme importância, urgência e capacidade para seu enfrentamento e chegaram-se à conclusão que o problema fundamental da população era o elevado número de pacientes hipertensos com insuficiente controle e acompanhamento da doença; identificaram-se e desenharam as operações sob os nós críticos para facilitar a intervenção do problema.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica deve ser considerada um problema de saúde pública. Grande parte dos hipertensos desconhece sua condição e da natureza da doença e, dos que a conhecem, apenas cerca de 30% apresentam um controle adequado (OLMOS; LOTUFO, 2002, p.21).

Fazendo uma análise epidemiológica e social do número de hipertensos em aumento, revela-se a necessidade de implantar políticas de saúde que diminuam o sofrimento dos pacientes hipertensos e suas famílias, melhorando sua qualidade de vida (BRASIL, 2013a).

As principais causas do controle insatisfatório da hipertensão, em boa parte dos pacientes, se referem à natureza assintomática da doença, a baixa adesão ao tratamento não farmacológico e a utilização irregular da medicação (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A educação da população com relação aos passos e as medidas para o controle da hipertensão se faz necessário para que possam proporcionar as trocas nos estilos de vida, que são muito importantes para o controle da doença. Portanto, para a detecção precoce, é de fundamental importância destacar e divulgar a doença (CHAN, 2013).

A promoção da saúde e prevenção de agravos deve obter local de destaque no sistema de serviços de saúde, apoiando estilos de vida saudáveis e oferecendo cobertura de saúde para toda a população. Hábitos alimentares equilibrados, frequência na realização de atividades físicas e diminuição de hábitos nocivos como o álcool e o fumo devem fazer parte dessas propostas.

Na área de abrangência da ESF de Dr. Claudionor do Valle Ferreira detectou-se que dos 539 (20% de >20 anos) pacientes que se espera ter diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) só estão cadastrados 326, segundo os dados encontrados nos prontuários da ESF; desse total estão confirmados 113 com acompanhamento conforme protocolo e 52 com bom controle. Em entrevistas realizadas aos pacientes durante as consultas se observou o baixo nível de informação sobre a doença, suas causas e consequências, bem como a identificação da baixa adesão ao tratamento e o pouco apoio familiar. Como causa destes fatos encontra-se uma equipe de saúde que ainda não tinha desenvolvido a consulta de HIPERDIA como ferramenta no acompanhamento dos pacientes hipertensos e a falta de

capacitação dos integrantes para uma melhor promoção e prevenção na população.

Aos dados estatísticos coletados para desenvolver o diagnóstico situacional soma-se os maus hábitos e estilos de vida, tais como o sedentarismo, aumento no consumo do álcool, o estresse, o tabagismo e os maus hábitos alimentares, o que justifica a importância que este projeto tem para a comunidade de Belmiro Braga.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de intervenção com objetivo de melhorar o acompanhamento e controle dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica, na área de abrangência da ESF Dr. Claudionor do Valle Ferreira, de Belmiro Braga. Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Desenvolver atividades educativas sobre causas e consequências da HAS;
- Promover estilos de vida saudáveis na população;
- Desenvolver consulta de acompanhamento HIPERDIA;
- Estimular a participação da família no controle do paciente hipertenso.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste projeto se utilizou o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) dos autores Campos, Faria e Santos, 2010. Apresentou-se um diagnóstico situacional pelo método de Estimativa Rápida tendo como fonte de dados os prontuários, registros da unidade básica de saúde, bases de dados do SIAB (2010), os dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do município (2013), a observação no processo de trabalho, entrevistas aos usuários, a líderes comunitários e políticos. Além disso, foram considerados dados das bases nacionais estatísticas como os apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) de 2010.

Depois de ter confeccionado o Diagnóstico Situacional (2014), o mesmo foi discutido em reunião aberta com a equipe de saúde. Nessa reunião houve a participação de representantes da comunidade e funcionários políticos e administrativos, identificaram-se os principais problemas da comunidade baseados nos critérios dos presentes, e se definiram as prioridades conforme a sua importância, a urgência de solução e a capacidade para seu enfrentamento. Após ter identificado o problema sobre o que se trabalharia procuraram-se as causas fundamentais que geraram o problema para chegar aos nós críticos e elaborar o plano de ação.

Foi feita a revisão da literatura referente ao tema relacionado, foram consultadas a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a base de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Publicações Médicas (PubMed) compreendendo publicações em idioma português e espanhol entre os anos 1993 e 2013. Os descritores para busca de textos foram: hipertensão arterial sistêmica, fatores de risco, saúde do adulto, doença cardiovascular e educação.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como a persistência de níveis de pressão arterial sistólica (PAS) iguais ou acima de 140 mmHg e níveis de pressão arterial diastólica (PAD) iguais ou acima de 90 mmHg aferidos em três ou mais oportunidades diferentes e em indivíduos que não estão fazendo uso de anti-hipertensivos (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Geralmente o controle da HAS é muito baixo, a despeito dos protocolos, recomendações e maior acesso a medicamentos, sendo o principal fator determinante o curso assintomático, que faz com que o diagnóstico e o tratamento frequentemente sejam negligenciados, além de isso, existe uma baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. No Brasil cerca de 35% da população com 40 anos de idade ou mais são portadores de HAS. (BRASIL, 2006).

De acordo com Almeida *et al.*(2006) a HAS é uma doença crônica e é responsável por agravos no sistema cardiovascular, cerebrovascular e renovascular, isso se deve, na maioria das vezes, por sua natureza silenciosa.

Segundo Lolio *et al.* (1993) os dados epidemiológicos mostram que a idade é um fator importante no desenvolvimento da hipertensão arterial, tendo uma maior frequência de diagnósticos quanto mais idade tem o paciente que se está examinando. A cor de pele preta, os trabalhadores de classes mais desfavorecidas e a baixa escolaridade são considerados indicadores de HAS mais frequente.

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Para direcionar as intervenções no controle da HAS deve-se conhecer o perfil socioeconômico dos pacientes com a doença, assim como o uso que fazem dos serviços de saúde, os conhecimentos e uso das estratégias terapêuticas. Descreve-se as intervenções não farmacológicas como as de menor custo, mínimo risco e eficácia demonstrada na diminuição dos níveis pressóricos, se fala de modificações nos estilos de vida não saudáveis como

abandono do tabagismo e o álcool, redução do peso corporal, pratica regular de exercícios físicos, a fim de prevenir o deter a evolução da HAS (ZAITUNE *et al.*, 2006)

A abordagem dessas condições exige ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e cuidados clínicos gerais, o que está demonstrado que existe uma relação diretamente proporcional com o controle adequado e o acompanhamento direto do paciente hipertenso pelo mesmo médico, significando um reto para os profissionais da saúde na capacitação sobre fatores de risco e avaliação do dano de órgãos alvos, para melhorar a qualidade do cuidado (PICCINI *et al.*, 2012).

A Estratégia de Saúde de Família (ESF) ampliou significativamente o acesso da população aos serviços básicos. Estabeleceu-se assim uma relação mais estreita entre usuário e a Equipe de Saúde com maiores oportunidades para as ações de promoção e prevenção, funções de vital importância no controle e acompanhamento de pacientes com hipertensão (LESSA, 2004).

Os profissionais da atenção básica inseridos em uma equipe de saúde, e atuando como um sistema têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Importante é também o fato de que o usuário seja atendido dentro de seu sistema familiar que a sua vez interatua com o médio ambiente e envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão (PICCINI, *et al.*, 2012).

Nesse contexto, entende-se que nos serviços de Atenção Básica (AB) um dos problemas de saúde mais comuns que as equipes de saúde enfrentam é a HAS e que existem dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos usuários. Estudos apontam que em países com redes estruturadas de AB, 90% da população adulta consultam, pelo menos uma vez ao ano (SHARMA *et al.*, 2004). Mesmo assim, existem dificuldades no diagnóstico e no seguimento ao tratamento (BONDS *et al.*, 2009; OGEDEGBE, 2008).

5.2 Fatores de risco associados à HAS

Para as doenças cardiovasculares, existem fatores de risco modificáveis e não modificáveis que o pessoal de saúde e especialmente o médico tem que

avaliar no paciente hipertenso. Os não modificáveis estão relacionados com a idade, a genética, a cor da pele, e os modificáveis são aqueles que podem ser controlados com ações de promoção e prevenção, neste caso são a ingestão de sal, a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo, fatores ambientais e socioeconômicos (SANTOS; MOREIRA, 2012).

Um Relatório Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012) demonstrou que a obesidade atingiu características epidêmicas já, atualmente, afetando cerca de 1 bilhão em todo o mundo. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, a obesidade já é um problema de saúde pública tão quanto à desnutrição grave, e, tornou-se como causa epidêmica para grupos de hipertensos e diabéticos, o aumento do consumo de nutrientes e alimentos pobres em calorias (altos níveis de açúcares e gorduras) associados à redução de atividade física (sedentarismo). O Índice de Massa Corporal (IMC) é o parâmetro mais usado para diagnosticar sobrepeso e obesidade.

Segundo Giorgi (2010) o tabagismo é um importante fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Porém não se tem demonstrado uma relação direta entre o uso do cigarro com os níveis pressóricos, apesar dos efeitos secundários deste sobre a pressão arterial e a parede dos vasos sanguíneos. Em outros estudos tem sido demonstrado que, nos fumantes, a medida casual da pressão arterial é inferior à observada na monitorização da pressão arterial, quando os indivíduos estão expostos ao uso do cigarro. A relação entre o uso do tabaco e o desenvolvimento da HAS ainda é controverso.

Todas as ações que tentem fazer modificações de estilo de vida não saudáveis em grupos de população geneticamente predispostas serão mais eficazes. Obviamente, estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem desses fatores relativos a hábitos e estilos de vida que reduzirão o risco de exposição, trazendo benefícios individuais e coletivos para a prevenção da HAS e seus agravos (BRASIL, 2006).

Propõe-se que as intervenções em saúde tomem como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes “incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham” (BRASIL, 2010).

Em 2011, no plano de enfrentamento das DCNT (2011-2022) foram priorizados os quatro principais fatores de risco modificáveis (tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física, consumo abusivo de bebidas alcoólicas). Foram ainda estabelecidas metas para o monitoramento do plano o que apoiou a prioridade da promoção da saúde na agenda do SUS (CARVALHO *et al.*, 2012).

5.3 ESF e o trabalho em grupo no controle da Hipertensão

Pensar em trabalho com grupos de hipertensos implica observar as condições nas quais essas doenças apareceram nessa população, esta atividade é uma das mais utilizadas na ESF e que contribui ao acompanhamento de pessoas com HAS, mas há que conhecer a cultura do grupo (FERNANDES; SILVA; SOARES, 2013).

A técnica do grupo operativo pressupõe a tarefa explícita (aprendizagem, diagnóstico ou tratamento), a tarefa implícita (o modo como cada integrante vivencia o grupo) e o enquadre que são elementos fixos (o tempo, a duração, a frequência, a função do coordenador e do observador) (BASTOS, 2010, p.165).

De acordo ao referido por Soares e Ferraz (2007) mudanças nos estilo de vida, que é o objetivo primordial de todo grupo operativo, constitui um processo que evolui por etapas, onde os integrantes passam a assumir diferentes papeis frente à tarefa grupal, existindo um momento de pré-tarefa onde se encontra uma resistência dos integrantes ao contato com os outros e consigo mesmo.

Na medida em que o grupo se desenvolve surgem sentimentos de ansiedade e medo daquilo que o possa afastar de sua forma de pensar, do mundo que o rodeia e de si mesmo. A partir desse momento é possível trabalhar essas ansiedades básicas, romper com estereotípias, abrir-se para o novo, pode-se dizer que o grupo está no caminho, passando a percorrer uma trajetória para atingir os objetivos. Aprende-se a problematizar as dificuldades e elaborar um projeto comum. A partir daí já é possível se operar um projeto de mudanças (BASTOS, 2010).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) é caracterizada pela multidisciplinaridade do trabalho em equipe. Uma das principais ferramentas para promoção da saúde, prevenção (primária ou secundária) de doenças e integralidade é o trabalho em grupo (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Seleção do problema

Depois de se discutir a análise da situação de saúde, a equipe da ESF Dr. Claudionor do Valle Ferreira chegou à conclusão que os principais problemas de saúde da área de abrangência são:

- Número elevado de pacientes hipertensos com insuficiente controle e acompanhamento da doença;
- Alto índice de drogadição e consumo de bebidas alcoólicas;
- Alta prevalência no consumo de ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos pela população;
- Número crescente de famílias disfuncionais;
- Alto índice de pacientes com diagnóstico de cânceres;
- Dificuldades no acesso da população rural aos serviços de saúde.

Após ter identificado os principais problemas, foram definidas as prioridades para dar solução, tendo como referências a importância, a urgência e a capacidade de enfrentamento para cada um deles.

Quadro 1 Priorização dos Problemas encontrados na ESF Dr. Claudionor do Valle Ferreira, 2014

Problema	Importância	Urgência	Capacidade Para Enfrentar	Seleção
Número elevado de pacientes hipertensos com insuficiente controle e acompanhamento.	Alta	7	Parcial	1
Alto índice de pacientes com diagnóstico de cânceres.	Alta	6	Parcial	2
Alta prevalência no consumo de ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos pela população.	Alta	5	Parcial	3
Número crescente de famílias disfuncionais.	Alta	5	Parcial	4
Alto índice de drogadição e consumo de bebidas alcoólicas.	Alta	5	Parcial	5
Dificuldades no acesso	Alta	4	Fora	6

da população rural aos serviços de saúde.				
---	--	--	--	--

Fonte: Reunião da ESF Dr. Claudionor do Valle Ferreira, 2014.

Quadro 2 Descrição do problema principal: Número elevado de pacientes hipertensos com insuficiente controle e acompanhamento, na ESF Dr. Claudionor do Valle Ferreira, 2014.

Descritores/ 2013	Valores	Fonte
Hipertensos esperados	539	Epidemiologia (20% de >20 anos)
Hipertensos cadastrados	326	SIAB (2010)
Hipertensos com acompanhamento irregular	113	Prontuários
Hipertensos controlados	52	Prontuários
Consultas por urgências hipertensivas Janeiro-Dezembro (2013)	275	Estatísticas do Pronto Atendimento
Óbito por causa cardiovascular Janeiro-Dezembro (2013)	25	Estatísticas de saúde

Fonte: SIAB (2010), Prontuários da ESF, Estatísticas (2013) e epidemiologia de saúde.

6.2 Explicação do problema principal e identificação dos nós críticos

No debate foram propostas diferentes justificativas para dar uma explicação ao problema, identificando-se assim os nós críticos para sobre eles desenvolver as diferentes ações no plano de intervenção.

- Baixo nível de informação da população sobre doenças crônicas, suas causas e consequências;
- Estilos de vida inadequados e maus hábitos na população;
- A equipe não tem desenvolvido a consulta de HIPERDIA conforme os protocolos;
- Falta de apoio familiar no controle do usuário hipertenso.

A equipe de saúde após ter identificado os nós críticos fez um trabalho de desenho das ações que se deveriam realizar para dar solução ao problema baseados na identificação dos recursos críticos, construindo finalmente o plano de intervenção.

6.3 Desenho das operações

Quadro 3- Desenho das operações sobre nó crítico: Baixo nível de informação da população sobre doenças crônicas, suas causas e consequências, da ESF Dr. Claudionor do Valle Ferreira, 2014.

Nó crítico 1	Baixo nível de informação da população sobre doenças crônicas, suas causas e consequências.
Operação	Desenvolver palestras e outras atividades educativas na área de espera dos usuários. Elaborar cartazes, folhetos, propaganda gráfica sobre causas e consequências das DCNT, e em específico sobre HAS. Capacitar as ACS sobre as DCNT.
Projeto	Conhecendo mais
Resultados esperados	Aumento nos conhecimentos da população sobre DCNT.
Produtos esperados	População e pacientes hipertensos mais informados e controlados.
Atores sociais /responsabilidades	ACS, Enfermeiro, Médico.
Recursos necessários	Estrutural. Área adequada para desenvolver as atividades educativas. Cognitivo: Conhecimento científico acerca dos temas abordados. Organizacionais: Adequar a agenda dos atores sociais responsáveis. Financeiro: Aquisição de material gráfico para o desenho de folhetos e cartazes. Político: Articulação entre os setores sociais.
Recursos críticos	Financeiro: Aquisição de material gráfico para o desenho de folhetos e cartazes.
Controle dos recursos críticos/Viabilidade	Secretaria de Saúde - Motivação favorável
Ação Estratégica de motivação	Apresentar o projeto
Responsáveis	Coordenador da UBS
Cronograma/ Prazo	3 meses para início das atividades
Gestão acompanhamento e avaliação	Gestor do projeto. Avaliações mensais

Fonte: Fonte: Reunião da ESF Dr. Claudionor do Valle Ferreira, 2015.

Quadro 4- Desenho das operações sobre nó crítico: Estilos de vida inadequados e maus hábitos na população, da ESF Dr. Claudionor do Valle Ferreira, 2014.

Nó crítico 2	Estilos de vida inadequados e maus hábitos na população
Operação	-Desenvolver ações educativas de promoção e divulgar os fatores de risco da HAS, na unidade básica de saúde, escolas, comunidade, para tentar trocar hábitos inadequados e favorecer estilos de vidas saudáveis. -Capacitar as ACS sobre fatores de risco da HAS.
Projeto	Temos que trocar
Resultados esperados	-Aumentar o conhecimento dos fatores de risco da hipertensão na população e na própria equipe de saúde.
Produtos esperados	-População e profissionais da saúde com conhecimentos básicos sobre HAS e seus fatores de risco. -Mudanças nos hábitos e estilos de vida não saudáveis
Atores sociais /responsabilidades	Médico, Enfermeira, auxiliar de enfermagem, ACS.
Recursos necessários	Organizacionais: Locais para fazer palestras e colocar pôsteres informativos, folhetos, folhas etc. Cognitivo: Conhecimentos científicos sobre o tema Políticos: Conseguir o local e articulação Intersetorial. Conseguir espaços educativos na rádio local. Parcerias com instituições esportivas. Financeiro: Aquisição de recursos educacionais, Folhetos e meios audiovisuais.
Recursos críticos	Financeiro: Aquisição de recursos educativo e audiovisuais. Política: Conseguir local para atividades educativas e espaço na rádio local.
Controle dos recursos críticos/Viabilidade	Prefeito Municipal - Motivação Favorável Secretaria de Saúde - Motivação favorável
Ação Estratégica de motivação	Apresentar projeto
Responsáveis	Coordenador da unidade básica de saúde
Cronograma/ Prazo	3 meses para inicio das atividades
Gestão acompanhamento e avaliação	Gestor do projeto, avaliações mensais.

Fonte: Reunião da ESF Dr. Claudionor do Valle Ferreira, 2014.

Quadro 5- Desenho das operações sobre nó crítico: A equipe não tem desenvolvido a consulta de HIPERDIA conforme os protocolos, da ESF Dr. Claudionor do Valle Ferreira, 2014.

Nó crítico 3	A equipe não tem desenvolvido a consulta de HIPERDIA conforme os protocolos.
Operação	<ul style="list-style-type: none"> -Abrir agenda da médica, um dia da semana, para começar o desenvolvimento da consulta. -Definir o papel a desenvolver pelo enfermeiro no acompanhamento ao paciente hipertenso. -Fazer estratificação de risco cardiovascular individual de acordo aos fatores de risco associados. -Fazer pesquisa ativa para o diagnóstico de HAS em usuários que não conhecem a sua condição. -Trabalho em grupo com pacientes incorporados às consultas. -Capacitar a equipe no desenvolvimento da consulta
Projeto	Melhor controle
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> -Controle e acompanhamento dos pacientes hipertensos conforme o protocolo. -Pacientes hipertensos classificados de acordo ao risco cardiovascular. -Pessoal de saúde capacitado
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolvimento da consulta HIPERDIA. -Pacientes hipertensos controlados. -Diminuição de agravos e consultas de demandas espontâneas por condição aguda da HAS.
Atores sociais /responsabilidades	Médica Enfermeira, auxiliar de enfermagem, ACS.
Recursos necessários	<p>Organizacionais: Consulta com condições adequadas, adequar agenda da médica e enfermeira, agenda aberta para consultas programadas.</p> <p>Cognitivo: conhecimento científico sobre o tema</p> <p>Financeiro: Recursos necessários para equipamentos da consulta. Recursos para compra de medicamentos, exames e consultas especializadas.</p> <p>Político: decisão de aumentar o financiamento para o desenvolvimento da consulta. Articulação entre os setores assistenciais da saúde.</p>
Recursos críticos	<p>Financeiro: Recursos necessários para equipamentos da consulta. Recursos para compra de medicamentos, exames e consultas especializadas.</p> <p>Político: Decisão de aumentar o financiamento para o desenvolvimento da consulta. Articulação entre os setores assistenciais da saúde.</p>

Controle dos recursos críticos/Viabilidade	Secretaria de Saúde - Motivação favorável
Ação Estratégica de motivação	Apresentar o projeto
Responsáveis	Enfermeira Médica
Cronograma/ Prazo	3 meses para início das atividades
Gestão acompanhamento e avaliação	Gestor do projeto, avaliações mensais.

Fonte: Reunião da ESF Dr. Claudionor do Valle Ferreira, 2014.

Quadro 6- Desenho das operações sobre nó crítico: Falta de apoio familiar no controle do usuário hipertenso, da ESF Dr. Claudionor do Valle Ferreira, 2014

Nó crítico 4	Falta de apoio familiar no controle do usuário hipertenso.
Operação	<ul style="list-style-type: none"> -Estimular aos familiares dos usuários hipertensos no seu acompanhamento às consultas e trabalho em grupo. -Realizar visitas aos pacientes hipertensos para definir funcionamento familiar e orientar a família. -Fazer reuniões de equipe para identificar casos críticos e tomar decisões. -Desenvolver os grupos operativos. -Desenvolver habilidades dos integrantes da equipe sobre a identificação de famílias com dificuldades e oferecer aconselhamento em trabalho em grupo.
Projeto	Juntos o conseguimos
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> -Membros da equipe com mais conhecimento e habilidades sobre trabalho em grupo. -Família mais comprometida.
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> -Integrantes da equipe mais preparados para enfrentar o problema. -Pacientes hipertensos mais controlados
Atores sociais	Médica, enfermeiro, ACS, trabalhador social
Recursos necessários	<p>Organizacionais: Adequação das condições dos espaços para as atividades educativas. Adequar a agenda dos atores sociais responsáveis.</p> <p>Cognitivo: Conhecimento científico do tema</p> <p>Financeiro: Aquisição de transporte para as visitas, recursos educacionais, Folhetos e meios audiovisuais.</p> <p>Político: Conseguir o local e articulação Intersectorial.</p>
Recursos críticos	<p>Financeiro: Aquisição de transporte para as visitas, recursos educacionais, Folhetos e meios audiovisuais.</p> <p>Político: Conseguir o local e articulação Intersectorial.</p>
Viabilidade	Secretario de Saúde - Motivação favorável.
Ação de motivação	Apresentar o projeto
Responsáveis	Enfermeira coordenadora da ABS e médica

Cronograma	3 meses para o início das atividades
Gestão, avaliação	Gestor do projeto e avaliações mensais

Fonte: Reunião da ESF Dr. Claudionor do Valle Ferreira, 2015.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em programas já estabelecidos por outros países se acredita no modelo de educação permanente como ferramenta importante no controle de pacientes com doenças crônicas, especificamente, hipertensos, assim como as medidas gerais do controle de fatores de risco que, modifiquem os estilos de vida não saudáveis (MCLISTER, 2006; ONYSKO *et al.*, 2006).

Com a aplicação do plano de intervenção pretende-se trabalhar as necessidades educacionais relacionadas com os maus hábitos e estilos de vida, divulgar causas e complicações da HAS, capacitar toda equipe no acompanhamento destes usuários, definir o risco cardiovascular individual e tentar manter os de baixo risco assim como modificar os de moderado e alto risco. Serão necessários recursos importantes para desenvolver as tarefas, mas com o apoio da Secretaria de Saúde esperamos que os resultados esperados sejam satisfatórios e podendo evitar as complicações e mortes desnecessárias pelo não controle dos níveis de PA.

REFERENCIAS

ALMEIDA, V. *et al.* **Atenção á saúde do adulto, Hipertensão e Diabetes.** Secretaria de Estado de saúde de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2006.

BASTOS, A. B. A técnica de grupos-operativos á luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. In: **Psicol. informação**, ano 14, n.14, jan./dez. 2010.p.160-169 [online] Disponível em: < <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/viewFile/2348/2334>> Acesso em: 10 de julho 2015

BONDS, D. E. *et al.* A multifaceted intervention to improve blood pressure control: The Guideline Adherence for Heart Health (GLAD) study. **American Heart Journal**, Saint Louis, v. 157, n. 2, p. 278-284, feb. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica Nro 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus. Brasília, p.20, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.58p.(Cadernos de Atenção Básica; 16). (Serie A, Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde/** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. - 3.ed-Brasilia: Ministério da Saúde, 2010. 60p.-(Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006;v.7)

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P. de.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

CARVALHO, A. L. M. *et al.* Adesão ao tratamento em usuários cadastrados no Programa HIPERDIA no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.7, p.1885-1892, mai. 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n7/28.pdf>>. Acesso em: 1 de agosto 2015

CHAN, M. Información general sobre la hipertensión en el mundo. OMS 2013, p. 5 Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf>.

FERNANDES, M. T.; SILVA, L.; SOARES, S. M.. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 1331-1340, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700067&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Ago. 2015.

GIORGI, D. M. A. Tabagismo, hipertensão arterial e doença renal. Sociedade Brasileira de Hipertensão. **Rev. Hiper.**, v.13, n.4 , p.257-60, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. IBGE. Contagem populacional. 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>>. Acesso em 12 de dezembro 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. IBGE. Indicadores sociodemográficos e de saúde. 2009. Disponível em : <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shtm>. Acesso em 12 de dezembro de 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICAS. IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares. Perfil das despesas no Brasil Indicadores selecionados. Minas gerais; IBGE 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/xml/pof_2008_2009.shtm>. Acesso em 12 de dezembro de 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICAS. IBGE. Censo demográfico. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em 12 de dezembro de 2014.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa de vigilância. **Cien Saude Colet.**, v.9, n.4, p.931-943, 2004.

LOLIO, C. A. de *et al.*. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. **Rev. Saúde Pública.**, v.27, n.5, p. 357-362, 1993.

MCLISTER, F. A. **The Canadian Hypertension Educativ Program:** a unique Canadian initiative. [S.l.]: Canadian Journal Cardiology, 2006.

OGEGEBE, G. Barriers to optimal hypertension control. **Journal of Clinical Hypertension**, Greenwich, v. 10, n. 8, p. 644-646, aug. 2008.

OLIVEIRA, M. A. C; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n.spe, p.158-164, Set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Nov. 2015.

OLMOS, R. D.; LOTUFO, P. A.. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil e no mundo. **Rev. Bras. Hipertens.**,v. 9, n.1, p.21-23, 2002.

ONYSKO, J. *et al.* Large Increase in Hypertension Diagnosis and Treatment in Canada after a health care professional education program. **Hypertension**, USA, v. 48, n. 5, p. 853-860, set. 2006

Organização das Nações Unidas Brasil. (ONU-BR). Hipertensão, diabetes e obesidade estão em drástica ascensão no mundo, diz relatório da OMS. 2012. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/hipertensao-diabetes-e-obesidade-estao-em-drastica-ascensao-no-mundo-diz-relatorio-da-oms/>>. Acesso em 17 de fevereiro de 2015.

PICCINI, R. X. *et al.* Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. **Rev. Saúde Pública.**, v.46, n.3, p.543-50, 2012.

SHARMA, A. M. *et al.* High prevalence and poor control of hypertension in primary care: crosssectional study. **J. Hypertension**, USA, v. 22, n. 3, p. 479-486, mar. 2004.

SANTOS, J. C; MOREIRA, T. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 5, p. 1125-1132, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Sept. 2015.

SOARES, S.M.; FERRAZ, A.F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Esc. Anna Nery** [online]. v.11, n.1, p.52-57, 2007

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1supl,1, p.1-51, 2010.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Rev. Bras. Hipertens.** v.17, n.1,Jan./Mar., 2010. 69p. [online]. Disponível em: <http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RD_HA_6485.pdf>. Acesso em: 2 de Agosto de 2015

ZAITUNE, M. P. A. *et al.*. Hipertensão arterial em idosos: Prevalência, fatores associados e pratica de controle no município de Campinas, São Paulo. Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.285-294, 2006.