

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

EIDELMA ROJO MATOS

**INADEQUADO ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL EM PAU D'ÓLEO, MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO, MINAS
GERAIS**

MONTES CLAROS / MINAS GERAIS

2015

EIDELMA ROJO MATOS

**INADEQUADO ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL EM PAU D'ÓLEO, MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO, MINAS
GERAIS**

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

Orientador: Professor Edison José Corrêa

MONTES CLAROS / MINAS GERAIS

2015

EIDELMA ROJO MATOS

**INADEQUADO ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL EM PAU D'ÓLEO, MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO, MINAS
GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1 – Professor Edison José Corrêa- UFMG.

Examinador 2 – Professora Maria Dolores Madureira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 3 julho de 2015.

DEDICATÓRIA

À minha família,

pelo sacrifício de minha ausência em suas vidas.

AGRADECIMENTOS

À minha família, sem ela não seria possível meu trabalho no Brasil.

À minha tutora e aos professores, que sem sua orientação e dedicação não seria possível obter e levar a prática os conhecimentos adquiridos.

A todos eles, muito obrigada.

Esqueço o meu mal quando curo o mal dos demais.

Quem não se sentir ofendido com a ofensa feita a outros homens,
quem não sente em face de queimadura, da bofetada dada na outra
face, seja qual for a sua cor,
não é digno de ser homem.

José Martí

Cuba

28 janeiro 1853 / 19 maio 1895

Político/Escritor/Poeta

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| AVE | Acidente vascular encefálico |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| COPASA | Companhia de Saneamento Ambiental |
| DCV | Doença cerebrovascular |
| DeCS | Descritores em Ciências da Saúde |
| DIC | Doença isquêmica do coração |
| FR | Fatores de risco |
| HAS | Hipertensão arterial sistêmica |
| HTA | Hipertensão arterial |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas |
| IDH-M | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal |
| MG | Minas Gerais |
| PA | Pressão arterial |
| PES | Planejamento Estratégico Situacional |
| PSF | Posto de Saúde da Família |
| SUDENE | Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

RESUMO

Este trabalho tem o objetivo de propor um plano de intervenção para melhorar o acompanhamento e controle da hipertensão arterial sistêmica pela Equipe da Saúde da Família de “Pau d` Óleo”, em São Francisco, estado de Minas Gerais. Desenvolve-se uma revisão narrativa por meio de evidências científicas, com busca de informação em banco de dados e bibliotecas virtuais. Utilizam-se os descritores em ciências da saúde “atenção básica em saúde”, “saúde da família”, “hipertensão” e “fatores de risco”. Programou-se o método da estimativa rápida para detectar os problemas na área de abrangência, com definição de problema prioritário e seus problemas intermediários (nós críticos): (1) necessidade de estruturação de processo de revisão conceitual permanente e atualização da equipe de Saúde da Família, para o tema hipertensão arterial sistêmica; (2) proposição de ações para promoção da saúde, desenvolvimento do autocuidado e educação em saúde para pessoas em risco ou portadoras de hipertensão arterial; (3) proposição de processo de maior identificação (superar o sub-registro da hipertensão arterial) e adesão das pessoas da comunidade às medidas de promoção, prevenção e tratamento da hipertensão arterial; (4) revisão e proposição de métodos de acompanhamento e de atenção adequada das pessoas com hipertensão arterial; propor método e instrumento para superar o sub-registro da hipertensão arterial. Foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional para descrição das ações necessárias a cada nó crítico. Para a normalização bibliográfica e redação do texto seguem-se as normas detalhadas no módulo “Iniciação à metodologia: textos científicos”. É proposto um monitoramento e avaliação do plano de ação, ao longo da execução de cada um dos projetos, tomando como ponto de referência a situação atual. Para isso, apresenta-se uma planilha de acompanhamento das ações propostas, bem como, uma avaliação do indicador “percentual de hipertensos com acompanhamento adequado”, que deverá ser utilizada, integrada às ações de gestão, acompanhamento e avaliação.

Palavras chaves: “Atenção Básica em Saúde”, “Saúde da Família”, “Hipertensão” e “Fatores de Risco”

ABSTRACT

This work has aims to propose an action plan to improve the monitoring and control of hypertension of the Family Health Team "Pau d'oil" in San Francisco, Minas Gerais; develops a narrative review of scientific evidence by seeking information in the database and virtual libraries; It uses the descriptors in health sciences "primary health care", "family health", "hypertension" and "Risk Factors. Program is the rapid assessment method to detect problems in the catchment area, defining priority problem and intermediates problems (critical nodes). Need is a permanent conceptual review process of structuring and updating of the Family Health team to the topic hypertension; proposes actions for health promotion, development of self-care and health education for those at risk or suffering from high blood pressure, it proposes greater identification process (overcoming of hypertension underreporting) and membership of community people to measures promoting the prevention and treatment of hypertension; review and propose methods of monitoring and proper care of people with high blood pressure and proposes method and apparatus to overcome high blood pressure underreporting. It uses the method of Situational Strategic Planning. For the bibliographic standardization and text writing follow up detailed standards modulates Introduction to methodology: scientific texts. If monitoring the evaluation of the plan of action during the execution of each project, considering the current situation. For this, we present a tracking spreadsheet of proposed actions and an assessment of the indicator "percentage of hypertensive patients with adequate follow-up," which should be used, integrated into management actions, monitoring and evaluation.

Keywords: "Primary health care", "Family health". "Hypertension". "Risk factors".

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| Histórico breve do município de São Francisco | 11 |
| Aspectos geográficos, sociais e econômicos de São Francisco | 12 |
| Aspectos do sistema municipal de saúde | 13 |
| A Equipe de Saúde da Família do povoado de Pau d'Óleo | 14 |
| Recursos da comunidade de Pau d'Óleo | 14 |
| Os problemas de saúde de Pau d'Óleo | 14 |
| JUSTIFICATIVA | 16 |
| OBJETIVOS | 17 |
| Objetivo geral | 17 |
| Objetivos específicos | 17 |
| METODOLOGIA | 18 |
| REFERENCIAIS TEÓRICOS | 19 |
| Conceito de hipertensão arterial sistêmica | 19 |
| Fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica | 20 |
| Papel da Atenção Básica à Saúde (ABS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) na atenção às pessoas com hipertensão arterial | 21 |
| PROPOSTA DE INTERVENÇÃO | 24 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 30 |
| REFERÊNCIAS | 31 |

INTRODUÇÃO

Histórico breve do município de São Francisco

São os seguintes os principais dados históricos do município de São Francisco, em Minas Gerais, no qual se situa o distrito de Pau d'Óleo, cenário desse trabalho, de acordo com informações registradas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Fundada em 1877 por Domingos do Prado e Oliveira, nasce a Fazenda Pedras de Cima, entre a beleza do rio das pedras e dos angicos. Batizada por vários nomes como: Pedras de Cima, Pedras dos Angicos, São José das Pedras dos Angicos, São Francisco das Pedras e numa homenagem ao rio foi sacramentado o nome definitivo: São Francisco (BRASIL, 2015, s.p., online).

Por duas vezes, sendo a última em 1850, foi incorporada ao município de Montes Claros das Formigas. Em seis de novembro de 1866 ocorreu à emancipação eclesiástica da Paróquia de Contendas. Nesta data a Lei Provincial nº 1.356 criava o distrito de Paz com a Paróquia de São José das Contendas. Em 30 de março de 1871, pela Lei nº 1755, confirmada pela Lei nº 1.996 de quatro de novembro de 1873, ocorre à mudança da sede municipal da comarca do Rio São Francisco para o povoado de Pedras dos Angicos (BRASIL, 2015, s.p., online).

Nesse mesmo ano desencadeia-se uma luta pela emancipação das Pedras havendo um confronto entre os partidos políticos da época: Liberais e Conservadores na Assembléia Provincial pelo mesmo motivo. A causa desse confronto era que o distrito progredia a olhos vistos, superando a sede (São Romão). A mudança da sede municipal concretizou-se em 1874, transferindo-se, também os arquivos, o que provocou a fuga do presidente da Câmara para as Pedras. No dia 12 de Junho do mesmo ano a transferência foi efetivada (BRASIL, 2015).

No decorrer de 1877, em outubro, por proposta do Deputado Eufrosino, eleva-se a vila à categoria de Cidade com a denominação de Cidade Evangelina. Na mesma sessão o Deputado Taioba Júnior apresenta a emenda de nº 7, propondo a mudança de Cidade Evangelina para São Francisco das Pedras. Em 25 de Outubro o projeto foi aprovado com a simplificação de Cidade de São Francisco. Em 1877, no dia 5 de novembro, pela Lei nº 2.416, recebeu o nome de São Francisco, deixando, assim, a categoria de vila e era a mais nova e bela cidade ribeirinha (BRASIL, 2015, s.p., online).

Aspectos geográficos, sociais e econômicos de São Francisco

São Francisco situa-se no Norte de Minas Gerais, na microrregião do Médio São Francisco, com área de aproximadamente 3.308 km², banhada pelos rios São Francisco, Urucuia, Pardo, Acari e numerosos riachos, veredas e lagoas. A sede do município está à margem direita do rio São Francisco, sendo este o principal acidente geográfico (BRASIL, 2015).

Atualmente o município de São Francisco é constituído dos distritos: Vila do Morro, Santa Isabel e nove povoados, além de 120 comunidades. A população do município, segundo dados do IBGE, estimativa de 2014, é de 56.217 habitantes, sendo 63,5% na zona urbana (BRASIL, 2015).

A região possui clima tropical quente, com temperatura variando entre a mínima (média) 16,6° e máxima (média) de 35°. A precipitação é de 1.822,0 mm/ano e o regime pluviométrico é variável, máximo de outubro a janeiro e mínimo de março a setembro. Existe solo arenoso, que é pobre, e solo para culturas variáveis (BRASIL, 2015).

A principal atividade do município é a pecuária, além da agricultura e extração vegetal. A população é de baixo nível econômico, sendo que 70% das famílias têm renda familiar menor que 1,5 salários mínimos, sendo o maior empregador a Prefeitura Municipal, o médio empregador outro órgão público (federal ou estadual) e o menor empregador o comércio local e a agropecuária (BRASIL, 2015).

É uma região pobre, incluída na área mineira da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE) e fazendo parte do Programa Comunidade Solidária, por suas condições de fome, pobreza, desemprego, carências, tornando a população doente. Entre os principais indicadores registra-se o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) que, em 2010, era de 0,683, considerado muito baixo (BRASIL, 2015).

A população alfabetizada, por faixa etária, segundo o censo 2010, tem como faixa de maior índice as idades de 10 a 14 anos, seguidas de 15 a 19 anos. O percentual de usuários da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é de 88,67 % da

população total (SÃO FRANCISCO, 2015).

O abastecimento de água é feito pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), com 100% de ligações. O sistema de esgotamento se encontra em obras, já tendo sido implantados 70% da rede. Por outro lado, não há enchentes na cidade oriundas de problemas fluviais, já que o município conta com dique de proteção contra cheias (BRASIL, 2015).

No que se refere à coleta de lixo, são depositados em lixão a céu aberto sem qualquer tipo de tratamento (BRASIL, 2015).

Aspectos do sistema municipal de saúde

No município, o sistema local de saúde tem um Conselho de Saúde que se reúne mensalmente. O Fundo Municipal de Saúde, segundo a Secretaria Municipal da Saúde, foi, em 2014, de R\$21.651.456.00, destinado a criar condições para o desenvolvimento das ações da saúde, como vigilância em saúde, atendimento individualizado, atenção à saúde regionalizada e integrada, saneamento do meio ambiente, seguridade social, pagamento de salários, pagamento pela prestação de serviços a entidades privadas para execução de projetos ou programas do setor saúde, aquisição de material de consumo para desenvolvimento dos programas, construção, reforma, capacitação (SÃO FRANCISCO, 2015).

O setor de saúde, sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, disponibiliza para a população um hospital tipo II, um pronto socorro/sistema de urgência, 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS), oito gabinetes odontológicos, 11 equipes de Saúde da Família, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Núcleo de Apoio à Saúde da Família e um centro regulador de referência e contra referência.

Na saúde pública, de um modo geral, tem havido uma maior aceitação dos profissionais de saúde e ampliação do acesso às UBS. O aumento da cobertura à Estratégia Saúde da Família reduziu sensivelmente a demanda de pronto-atendimento hospitalar.

A Equipe de Saúde da Família do povoado de Pau d'Óleo

Das 11 equipes de Saúde da Família do município, a autora atua na equipe responsável pelo povoado de Pau d'Óleo, cujo território de abrangência fica situado na margem esquerda do rio São Francisco, a 53 km da cidade. A via de acesso é pelo rio São Francisco, em travessia por balsa e em estrada sem asfalto. Está composto por sete microáreas. No território existem 727 famílias com um total de 2.814 habitantes (SÃO FRANCISCO, 2015).

O Posto de Saúde que atende à equipe de Saúde da Família "Pau d'Óleo" localiza-se no centro do povoado, com um horário de funcionamento de segunda a sexta-feira, de sete da manhã até às quatro da tarde. Tem 12 trabalhadores de saúde: sete agentes comunitários de saúde, um técnico em enfermagem, um enfermeiro, um médico, um auxiliar de serviços gerais e um motorista. A área física é caracterizada como um PSF Tipo I, construção nova, com sala de estar, recepção, banheiro para usuários, sala para triagem, sala de vacinação, dois consultórios para médico e enfermeiro, sala para curativos, aerossol e aplicação de tratamentos, sala para reunião, sala para odontologia (sem uso), banheiro para trabalhadores, sala de esterilização e sala de manipulação séptica.

Recursos da comunidade de Pau d' Óleo

O nível de educação predominante na área é o ensino básico fundamental.

Os principais postos de trabalho são serviços na extração do carbono vegetal e no trabalho pecuário e agrícola.

A maioria das casas tem cobertura de madeira, tijolo e paredes de cimento.

A comunidade conta com escola de ensino fundamental, igrejas de várias religiões e serviços de água e eletricidade presentes em toda a área. A telefonia só tem sinal de uma operadora, apenas em alguns lugares. Não conta com serviço de correio nem bancos.

Os problemas de saúde de Pau d'Óleo.

Para uma primeira aproximação ao diagnóstico situacional em saúde da área de

abrangência, utilizamos o método da estimativa rápida para chegar a identificar os problemas da comunidade, acatando sugestões da equipe de saúde e da comunidade para a elaboração de uma lista de problemas. Entre eles estão:

- Lixo a céu aberto.
- Estradas sem pavimentar.
- Nível econômico baixo, renda familiar baixa.
- Dificuldade de acesso à saúde.
- Instabilidade do trabalho no Programa Saúde da Família.
- Alto índice de hipertensão arterial não controlada.

Realizamos a priorização dos problemas listados utilizando critérios de classificação: importância (alta, média, e baixa), urgência para resolução e capacidade da equipe para enfrentá-lo (dentro, fora, ou parcialmente, na equipe).

Escolhemos como problema que mais afeta a população na área de abrangência a hipertensão arterial (HTA), que apresentava as seguintes características:

- Inadequado controle e acompanhamento
- Prevalência de 28,4 % na população maior de 15 anos (563 habitantes)
- Predomínio no sexo masculino e nos maiores dos 50 anos
- Existência de um sub-registro da doença
- Outros fatores, inclusive dificuldades para fazer um bom diagnóstico.

Considerando os descritores da HTA na área (HTA cadastrados, HTA esperada, HTA acompanhados, HTA controlados, complicações, óbitos por complicações), somente 13,7% eram acompanhados e controlados pela equipe de saúde. Por tudo dito, é importante estudar as causas e situações que interferem no problema “hipertensão arterial” e planejar ações sobre elas, para obter melhores resultados no trabalho da equipe da Saúde da Família.

JUSTIFICATIVA

A abordagem da hipertensão arterial (HTA) nesse trabalho justifica-se pelo inadequado acompanhamento e controle da doença.

Pode levar a complicações maiores por ser uma doença que, além de ser um fator de risco para outras doenças que levam ao paciente a várias deficiências, gera incapacidades que influem em seu desenvolvimento como ser social, além de aumentar as perdas em todas as esferas da vida (econômica, política, sociais).

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Propor um plano de intervenção para melhorar o acompanhamento e controle da hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência da Equipe da Saúde da Família de “Pau d` Óleo”, em São Francisco, estado de Minas Gerais.

Objetivos específicos:

1. Estruturar processo de revisão conceitual e de atualização da equipe de Saúde da Família, para o tema hipertensão arterial sistêmica.
2. Propor ações para desenvolvimento do autocuidado e educação em saúde para pessoas em risco ou portadoras de hipertensão arterial.
3. Propor processo de maior identificação (registro) e adesão das pessoas às medidas de promoção, prevenção e tratamento da hipertensão arterial.
4. Rever e propor métodos de acompanhamento e atenção adequada das pessoas com hipertensão arterial; propor método e instrumento para superar o sub-registro da hipertensão arterial.

METODOLOGIA

Para o estabelecimento das bases conceituais, foi realizada uma revisão narrativa de evidências científicas de autores respeitados, por meio de busca de informação em banco de dados e bibliotecas virtuais; foram utilizados os descritores em ciências da saúde (DeCS) “atenção básica em saúde”, “saúde da família”, “hipertensão” e “fatores de risco” (BRASIL, 2015).

Programou-se o método da estimativa rápida para detectar os problemas na área de abrangência, com definição de problema prioritário e seus problemas intermediários (nós críticos). Para isso foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), de acordo com o módulo Planejamento e ações de saúde, do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para a normalização bibliográfica e redação do texto seguem-se as normas detalhadas no módulo "Iniciação à metodologia: textos científicos" (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013).

REFERENCIAIS TEÓRICOS

Como base para uma proposta de intervenção sobre o problema “inadequado acompanhamento e controle da hipertensão arterial em Pau d’Óleo - Minas Gerais” são necessárias estabelecer marcos conceituais que possam ser compreendidos pela equipe de Saúde da Família, de modo a balizar suas ações nessa proposta. Assim, descrevem-se:

- Conceito de hipertensão arterial sistêmica
- Fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica
- Papel da Atenção Básica à Saúde (ABS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) na atenção à hipertensão arterial

Conceito de hipertensão arterial sistêmica

Também conhecida como pressão alta, a hipertensão arterial sistêmica (HTA) é conceituada pela “VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial” como “uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos, que consistem na hipertrofia cardíaca e vascular”. Ela é considerada uma “síndrome de origem multifatorial” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, s.p., online).

Para caracterizar a HTA são considerados os valores a partir de 139 mmHg para a pressão arterial sistólica (PAS) e 89mmHg para a pressão arterial diastólica (PAD) para indivíduos adultos, segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Trata-se, portanto, de um agravo de etiologia multifatorial que, devido à grande variedade de conseqüências, constitui a origem de várias doenças cardiovasculares, sendo o principal fator de risco para agravos comuns na saúde coletiva, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. “Dessa forma, assume um papel fundamental dentro da saúde pública no Brasil e no mundo, trazendo grande impacto econômico, pelo

ônus imposto ao sistema de saúde, e social, pelo reflexo na qualidade e expectativa de vida dos indivíduos” (OLIVEIRA *et al.*, 2011, p.320).

Dados recentes do estudo do coração, segundo a escala de Framingham para classificação de risco cardiovascular, sugerem que aqueles com idade superior a 65 anos de idade, mesmo indivíduos normotensos, estão em risco de vida, e que cerca de 90% das pessoas nessa idade têm pressão arterial elevada. Desde a década de 1980, o número de pacientes diagnosticados aumentou de 25% para quase 33% em 1990, tendo como complicação a insuficiência renal uma prevalência aumentada de menos de 100 por milhão de habitantes para mais de 250 milhões, e dobrou a prevalência da insuficiência cardíaca congestiva.

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, s.p., *online*), a hipertensão arterial sistêmica (HAS).

[...] tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório [...]. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular [...] As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Como exemplos, em 2007 foram registrados 1.157.509 internações por DCV no SUS. Em relação aos custos, em novembro de 2009, houve 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$165.461.644,33 [...]. A doença renal terminal, outra condição freqüente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS, registrando-se 9.486 óbitos em 2007.

Fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica

A doença pode ser controlada com tratamento não farmacológico, o que inclui a restrição de alimentos ricos em sódio, lipídios e carboidratos simples; abandono do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas, controle do peso e do estresse, bem como a realização de atividade física e ainda o aumento da ingestão de potássio, controle das dislipidemias, suplementação de cálcio e magnésio e atividade antiestresse, todos esses fatores considerados como risco aumentado (ALMEIDA A B *et al*, 2011).

Segundo Gasperin e Fensterseifer (2006, p. 373):

Para que aconteçam essas mudanças na vida dos hipertensos, é imprescindível o envolvimento dos profissionais da saúde, cabendo a todos abordar aspectos de prevenção e de promoção à saúde, prestar informações ao público, programar programas educativos e avaliá-los periodicamente, visando à melhoria das ações desenvolvidas e à adequação das mesmas às novas realidades, além de desenvolver pesquisas sobre a prevenção e o controle da hipertensão arterial.

Papel da Atenção Básica à Saúde (ABS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) na atenção às pessoas com hipertensão arterial.

A equipe mínima de Saúde da Família é constituída por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde.

A portaria nº 648, de 28 de março de 2006 que aprova a **Política Nacional de Atenção Básica e estabelece as normas para sua organização incluindo a Saúde da Família (PSF)**, afirma que a equipe multiprofissional deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Dados do censo IBGE de 2000 apontam que 49% da população brasileira são de adultos. Assim, estima-se que, na população adstrita, 2.000 habitantes merecerão uma atenção especial para o risco dessas doenças. Estimando-se que 25% dessa população sofram de hipertensão, teremos, aproximadamente, 490 portadores de hipertensão arterial. (BRASIL, 2006, p. 39).

Atribuições e competência da equipe segundo o Ministério da Saúde:

Agente comunitário de saúde: Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção, rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos, uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa, encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão, verificar o comparecimento dos pacientes hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde. Verificar a presença de sintomas de doença cardiovascular, cerebrovascular ou outras complicações de hipertensão arterial, e encaminhar para consulta extra (...). **Auxiliar de Enfermagem;** verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde, orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira, orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados à hipertensão arterial e diabetes, agendar consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados, proceder às anotações devidas em ficha clínica (...). **Enfermeiro:**

capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades; realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário; desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos; estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos); solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe (...). **Médico:** Realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e co-morbidades, visando à estratificação do portador de hipertensão, solicitar exames complementares, quando necessário; prescrever tratamento não medicamentoso, tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso; programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente, encaminhar às unidades de referência secundária e terciária as pessoas que apresentam hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes em órgãos-alvo, com suspeita de causas secundárias e aqueles que se encontra em estado de urgência e emergência hipertensiva (...). **Equipe multiprofissional:** A inserção de outros profissionais, especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, professores de educação física, é (...) importância da ação interdisciplinar para a prevenção e controle do DM e da HAS. A abordagem multiprofissional no tratamento da hipertensão. (...) E na prevenção das complicações crônicas. Assim como todas as doenças crônicas, a hipertensão arterial exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento. Sempre que possível, além do médico, devem fazer parte da equipe multiprofissional o (...). Dentre as **ações comuns à equipe multiprofissional**, destacam-se as seguintes: Promoção à saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo), treinamento de profissionais, encaminhamento a outros profissionais, quando indicado, ações assistenciais individuais e em grupo e gerenciamento do programa (BRASIL, 2006, p. 39-72).

É importante ter a consciência de que um treinamento introdutório para a equipe de saúde da família não abrange todas as carências, devendo traduzir-se como uma inauguração do processo de educação permanente em saúde, que sistematizará as necessidades de informação e capacitação das equipes.

Educação continuada e ou permanente. O processo de capacitação e educação dos profissionais deve ser contínuo, atendendo às necessidades que o dinamismo dos problemas traz às equipes. Além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional, a educação continuada é um mecanismo importante no desenvolvimento da própria concepção de equipe e da criação de vínculos de responsabilidade com a população assistida, que fundamenta todo o trabalho da estratégia do Programa Saúde da Família.

Da mesma forma que o planejamento local das ações de saúde responde ao princípio de participação ampliada, o planejamento das ações educativas deve ser baseado nessa percepção. Ou seja, adequado às peculiaridades locais e

regionais, utilização dos recursos técnicos disponíveis e integração com as universidades e instituições de ensino e capacitação de recursos humanos. Como apoio às atividades de educação permanente, é recomendável a utilização de recursos audiovisuais e de informática, bem como de telemática aplicada à saúde. Para planejar localmente, faz-se necessário considerar tanto quem planeja como para quê e para quem se planeja. Em primeiro lugar, é preciso conhecer as necessidades da população, identificadas a partir do diagnóstico realizado e do permanente acompanhamento das famílias adscritas (BRASIL, 1997, p.19).

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O inadequado acompanhamento e controle da hipertensão arterial é o principal problema de saúde (problema prioritário) da minha área de abrangência. Seu comportamento, analisado em equipe, e suas causas, discutidas e identificadas, permitem caracterizar os "nós críticos", ou seja, os problemas intermediários a ele correlacionados que, resolvidos, contribuem para a resolução do problema principal ou prioritário.

Problema prioritário

Inadequado acompanhamento e controle da hipertensão arterial em Pau D'Óleo-município de São Francisco, Minas Gerais.

Nós críticos

1. Necessidade de estruturação de processo de revisão conceitual permanente e atualização da equipe de Saúde da Família, para o tema hipertensão arterial sistêmica.
2. Proposição de ações para promoção da saúde, desenvolvimento do autocuidado e educação em saúde para pessoas em risco ou portadoras de hipertensão arterial.
3. Proposição de processo de maior identificação (superar o sub-registro da hipertensão arterial) e adesão das pessoas da comunidade às medidas de promoção, prevenção e tratamento da hipertensão arterial.
4. Revisão e proposição de métodos de acompanhamento e de atenção adequada das pessoas com hipertensão arterial; propor método e instrumento para superar o sub-registro da hipertensão arterial.

Para afrontar esse problema, constatamos que, dentro de nosso espaço de governabilidade 18 % não fazem o tratamento adequado, igual percentual não tem sido acompanhado, existe um sub-registro da doença, um inadequado processo de atenção às pessoas hipertensas ou em risco. Além disso, coexistem fatores de risco, como os maus hábitos

alimentares e obesidade; há necessidade de ampliar o conhecimento das pessoas, famílias e comunidades sobre a hipertensão arterial (educação popular em saúde), bem como dos profissionais da equipe (educação permanente em saúde).

Pelo que devemos intervir sobre eles – sistematizados em quatro nós críticos – para poder implantar ações efetivas de transformação sobre a HTA.

Os Quadros 1 a 4, a seguir, apresentam cada um dos quatro nós críticos, definindo, para cada um deles, de acordo com o Planejamento Estratégico Situacional, as seguintes operações:

- qual a grande **operação necessária**;
- como será denominado esse **projeto**;
- que **resultados** são **esperados ao final do projeto**;
- que **produtos** são **esperados**;
- para obter os resultados e produtos, que **ações ou atividades** devem ser feitas;
- que **recursos** são **necessários**;
- que **recursos** são **críticos**;
- quem vai controlar esses **recursos críticos**; qual a **viabilidade** do projeto;
- existe alguma **ação estratégica de motivação**;
- quem são os **responsáveis**;
- qual é o **cronograma**;
- como serão feitos a **gestão, o acompanhamento e a avaliação**.

Quadro 1: Operações sobre o inadequado acompanhamento e controle da hipertensão arterial na população da Equipe de Saúde da Família de Pau d' Óleo, em São Francisco, Minas Gerais – nó crítico 1.

| | |
|---|---|
| Nó crítico 1 | Necessidade de estruturação de processo de revisão conceitual permanente e atualização da equipe de Saúde da Família, para o tema hipertensão arterial sistêmica. |
| Operação | Capacitação da equipe |
| Projeto | Educação permanente em saúde |
| Resultados esperados | Adquirir conhecimentos atualizados da hipertensão arterial para um manejo e acompanhamento adequado. |
| Produtos esperados | Melhor qualidade do acompanhamento dos hipertensos |
| Ações / atividades | Realizar palestras, vídeo conferencias, reuniões da equipe |
| Atores sociais/ responsabilidades | Médico, enfermeira |
| Recursos necessários | Livros, pôster, projetor, internet |
| Recursos críticos | Livros do programa Hipertensão Arterial na Atenção Básica |
| Controle dos recursos críticos | Coordenadora da Atenção Básica |
| Viabilidade | Motivação favorável |
| Ação estratégica de motivação | Sensibilização e adesão de gestores |
| Responsáveis: | Coordenadora do PSF |
| Cronograma / Prazo | Desenvolvimento de todo o projeto em 12 meses |
| Gestão, acompanhamento e avaliação | Gestão e acompanhamento permanente, Avaliações a cada três meses |

Quadro 2: Operações sobre o inadequado acompanhamento e controle da hipertensão arterial na população da Equipe de Saúde da Família de Pau d' Óleo, em São Francisco, Minas Gerais – nó crítico 2.

| | |
|---|---|
| Nó crítico 2 | Proposição de ações para promoção de saúde, desenvolvimento do autocuidado e educação em saúde para pessoas em risco ou portadoras de hipertensão arterial. |
| Operação | Educar a população de hipertensos e os grupos de risco sobre estilos de vida saudável. |
| Projeto | Educação em saúde |
| Resultados esperados | Diminuir os riscos e as complicações da HTA |
| Produtos esperados | Melhor qualidade de vida |
| Ações / atividades | Realização de atividades de promoção de saúde como: face a face, atividade de grupos de hipertensos, palestras, visitas domiciliares |
| Atores sociais/ responsabilidades | Médica. Agente Comunitário de Saúde. Enfermeira |
| Recursos necessários | Cadernos de Atenção Básica n. 15, projetor, pôster, canetas, folhetos educativos. Adesão de igrejas e escolas |
| Recursos críticos | Conseguir espaço nas igrejas e escolas. Obtenção de folhetos educativos, audiovisuais |
| Controle dos recursos críticos | Coordenadoria da Atenção básica, Líderes sociais (Pároco, Diretor de escolas) |
| Viabilidade | Motivação favorável |
| Ação estratégica de motivação | Adesão de gestores |
| Responsáveis: | Coordenadora do PSF e médica |
| Cronograma / Prazo | Desenvolvimento de todo o projeto em 12 meses |
| Gestão, acompanhamento e avaliação | Gestão e acompanhamento permanente. Avaliações gerais a cada três meses. Avaliação de atividades de grupos, palestras, consultas medica e visitas domiciliares (segundo planejamento) |

Quadro 3: Operações sobre o inadequado acompanhamento e controle da hipertensão arterial na população da Equipe de Saúde da Família de Pau d' Óleo, em São Francisco, Minas Gerais – nó crítico 3.

| | |
|---|---|
| Nó crítico 3 | Proposição de processo de maior identificação (superar o sub-registro da hipertensão arterial) e adesão das pessoas da comunidade às medidas de promoção, prevenção e tratamento da hipertensão arterial. |
| Operação | Realizar atividades grupais e pessoais de promoção ou adequado cumprimento das medidas do tratamento medico. |
| Projeto | A responsabilidade com sua saúde. |
| Resultados esperados | Conscientizar sobre o uso do tratamento indicado. |
| Produtos esperados | Melhor controle médico da doença e diminuição das complicações |
| Ações / atividades | Realização de atividades como palestras em grupos de hipertensos, nas consultas programadas segundo risco, interconsultas com o NASF, atividades de promoção e prevenção nas igrejas e bairros, nas reuniões da comunidade. |
| Atores sociais/ responsabilidades | médica enfermeira, agentes comunitários de saúde, pároco, presidente da associação de vizinhos. |
| Recursos necessários | Estrutural: Posto de saúde da família, sala de reunião, igrejas Cognitivo: Livros, pôster, Político: conselho de vizinhos |
| Recursos críticos | Espaços e horários na comunidade. |
| Controle dos recursos críticos | Coordenadora da Atenção Básica |
| Viabilidade | Motivação favorável |
| Ação estratégica de motivação | Adesão de gestores. |
| Responsáveis: | Coordenadora do PSF. |
| Cronograma / Prazo | Desenvolvimento de todo o projeto em 12 meses |
| Gestão, acompanhamento e avaliação | Gestão e acompanhamento permanente, Avaliações a cada três meses |

Quadro 4: Operações sobre o inadequado acompanhamento e controle da hipertensão arterial na população da Equipe de Saúde da Família de Pau d` Óleo, em São Francisco, Minas Gerais – nó crítico 4.

| | |
|---|---|
| Nó crítico 4 | Revisão e proposição de métodos de acompanhamento e de atenção adequada das pessoas com hipertensão arterial; propor método e instrumento para superar o sub-registro da hipertensão arterial. |
| Operação | Pesquisa ativa dos hipertensos. |
| Projeto | Programação e planejamento. |
| Resultados esperados | Diminuir o sub- registro dos hipertensos. |
| Produtos esperados | Melhor controle e qualidade no acompanhamento. |
| Ações / atividades | Captação e pesquisa dos hipertensos nas consultas médicas e de enfermagem, atividades grupais, demanda espontânea e urgências. Planejar as consultas, visitas domiciliais. |
| Atores sociais/ responsabilidades | Médica. Enfermeira. Técnica Enfermagem. Agente Comunitário de saúde. |
| Recursos necessários | Esfignomanômetros, estetoscópios, material de papelaria (canetas, lápis, folhas e modelagem da atenção básica) |
| Recursos críticos | Esfignomanômetros e estetoscópios. |
| Controle dos recursos críticos | Coordenadora da Atenção Básica. |
| Viabilidade | Motivação favorável |
| Ação estratégica de motivação | Adesão de gestores. |
| Responsáveis: | Coordenadora do PSF. |
| Cronograma / Prazo | Desenvolvimento de todo o projeto em 12 meses |
| Gestão, acompanhamento e avaliação | Gestão e acompanhamento permanente, Avaliações a cada três meses. |

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família) apresentou uma proposta de intervenção (plano de ação) sobre o problema “inadequado acompanhamento e controle da hipertensão arterial na população da Equipe de Saúde da Família de Pau d’Óleo, em São Francisco, Minas Gerais”.

A expectativa é de que as ações / projetos apresentados para os quatro nós críticos descritos possam ter um bom resultado, com a adesão dos gestores e a participação de toda a equipe de Saúde da Família.

Para tal, é necessário um monitoramento e avaliação do plano de ação ocorra ao longo da execução de cada um dos quatro projetos e que valores quantitativos sejam atingidos, considerando a situação atual.

Para isso, apresenta-se uma planilha de acompanhamento das ações propostas, bem como, uma avaliação do indicador “percentual de hipertensos com acompanhamento adequado”, que deverá ser utilizada, integrada às ações de gestão, acompanhamento e avaliação.

Tabela 1. Monitoramento e avaliação da proposta de intervenção.

| Descritores | Atual | | Esperado | | Avaliação trimestral: n. / % | | | |
|--|-------|--------|----------|-------|------------------------------|---|---|---|
| | Valor | % | Valor | % | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Hipertensos cadastrados | 160 | 28,4 % | 248 | 40 % | | | | |
| Hipertensos acompanhados | 64 | 11,4 % | 160 | 100 % | | | | |
| Hipertensos controlados | 22 | 13,7 % | 223 | 90 % | | | | |
| Complicações * | 43 | 26,8 % | 21 | 50 % | | | | |
| Capacitações | 0 | 0 % | 1/ Mês | 100 | | | | |
| Educação em Saúde para hipertensos e grupos de risco | 0 | 0 % | 1 / Mês | 100 | | | | |

(*) Total de pessoas com doenças cardiovasculares

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca virtual em saúde. **Atenção primária em saúde.**

Brasília [online], 2015. Disponível em:

<<http://www.bvsintegralidade.icict.fiocruz.br/php/level.php?component=21>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde.** Brasília,

[online], 2015b. Disponível em: <<http://decs.bvs.br>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Cidades. Minas Gerais.**

São Francisco. [online], 2015. Disponível

em:<<https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=ibge%20cidades%20minas%20gerais%20sao%20francisco>>. Acesso em: 10 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica.** Cadernos de Atenção

Básica 15. Brasília, [online], 2006. . Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o**

cuidado da pessoa com doença crônica. Cadernos de Atenção Básica, n. 35.p.21

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2015

BRONDANI Stefania2,`ed al` : **Hipertensão arterial: abordagem interdisciplinar na atenção básica**. Santa Maria,RS, Brasil, ed 2014. (s. n), (online). Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/forumfisio/Trabalhos/5038.pdf>>. Acesso em 23 mar. 2015.

CORRÊA, E.J; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à Metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 10 maio2015.

GASPERIN D; FENSTERSEIFER L.M. As modificações do estilo de vida para hipertensos. **Rev. Gaúcha Enfermagem**. v.27, n.3, p.372-378, set. 2006. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4626/2638>. Acesso em: 21 jan. 2015.

OLIVEIRA, E. A. F. et al. Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. APS**. v. 14, n.3, p. 319-326, jul./set. 2011. Disponível em:

<<http://www.aps.ufif.emnuvens.com.br/aps/articles>>. Acesso em: 21 jan. 2015

SÃO FRANCISCO. Minas Gerais. Secretaria Municipal de Saúde. **Dados locais**, 2015

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.

Arq.Bras.Cardiol. v.95 n. 1 supl.1 São Paulo2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001>. .

Acesso em: 21 mar. 2015.