

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

**LEONARDO ALMEIDA RIBEIRO**

**AMPLIANDO OS CUIDADOS AOS PACIENTES HIPERTENSOS NA  
EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA JOÃO LOPES DE MELO DO  
MUNICÍPIO DE GALILEIA - MG**

**GOVERNADOR VALADARES- MINAS GERAIS**

**2015**

**LEONARDO ALMEIDA RIBEIRO**

**AMPLIANDO OS CUIDADOS AOS PACIENTES HIPERTENSOS NA  
EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA JOÃO LOPES DE MELO DO  
MUNICÍPIO DE GALILEIA - MG**

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.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

**GOVERNADOR VALADARES- MINAS GERAIS**

**2015**

**LEONARDO ALMEIDA RIBEIRO**

**AMPLIANDO OS CUIDADOS AOS PACIENTES HIPERTENSOS NA  
EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA JOÃO LOPES DE MELO DO  
MUNICÍPIO DE GALILEIA - MG**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 23/01/ 2015

## DEDICO

Ao sistema público de saúde da cidade de Galileia - MG, em especial à equipe de saúde da família João Lopes de Mello dedico esse trabalho e à constante busca por aperfeiçoamento e melhorias.

## **AGRADECIMENTOS**

Em se tratando de saúde pública e atenção primária, o trabalho em equipe é fundamental. E a construção de um trabalho envolve muitas participações. Portanto inicio os agradecimentos aos funcionários e pacientes da equipe de saúde da família João Lopes de Mello, pelo incentivo e inspiração por melhoria.

À toda cidade de Galileia - MG pelo acolhimento.

Aos professores e tutores do curso de especialização estratégia saúde da família pelo aprendizado.

A minha orientadora Professora Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo pelo incentivo e persistência ao longo da construção do TCC.

À família que mesmo a distância continua sendo a base.  
E à minha namorada por todo companheirismo e amor.

*"Em nosso negócio, uma pessoa não consegue fazer muita coisa isoladamente. Você tem de criar um time a seu redor."*

Steve Jobs

## RESUMO

Durante as últimas décadas o Brasil apresentou uma transição epidemiológica, nutricional e demográfica com consequente alteração do perfil de morbimortalidade, em que as doenças crônicas não transmissíveis passaram a ter maior importância. Pertencente a este grupo, a hipertensão arterial sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Entre os fatores de risco destacam-se a idade avançada, etnia negra, obesidade, ingestão excessiva de sal e álcool, sedentarismo, fatores genéticos. Por ser assintomática em maior parte de seu curso, o tratamento é frequentemente negligenciado pelos pacientes. Este estudo tem como objetivo elaborar uma proposta de intervenção para o controle adequado dos pacientes hipertensos na ESF João Lopes de Melo – Galileia, com a finalidade de reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares em longo prazo. Para tanto foi feita uma revisão bibliográfica sobre o tema na Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores: hipertensão, Programa saúde da família e atenção primária à saúde. O projeto de Intervenção proposto tem a finalidade de reorganizar o processo de trabalho e melhorar o acompanhamento dos hipertensos.

**Descritores:** Hipertensão. Programa Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

During the last decades Brazil has an epidemiological, nutritional and demographic transition which result in changes in morbidity and mortality, where chronic diseases have been given greater importance. Belonging to this group, the hypertension has high prevalence and low control rates. It is a multifactorial clinical condition characterized by high and sustained levels of blood pressure. It is associated frequently to changes in target organs (heart, brain, kidneys and blood vessels) and metabolic changes with increased risk of cardiovascular events. Among the risk factors include older age, black race, obesity, excessive intake of salt and alcohol, sedentary lifestyle, genetic factors. For being asymptomatic in most of its course, treatment is often overlooked by patients. This study aims to develop an intervention proposal for adequate control of hypertensive patients in João Lopes de Melo ESF - Galilee, in order to reduce morbidity and mortality from cardiovascular diseases in the long run. To do a literature review about the topic in the Virtual Library on Health was made, with the descriptors: hypertension, family health program and primary health care. The proposed intervention project is intended to reorganize the work process and improve the monitoring of hypertensive.

**Descriptors:** Hypertension. Family health program. Primary Health Care.

## Lista de Quadros

<b>Quadro 1-</b> Distribuição da população de Galileia - MG, segundo faixa etária e local de residência -----	12
<b>Quadro 2</b> - Quantidade de domicílios com acesso à rede de esgoto, água tratada, energia elétrica e coleta de lixo -----	13
<b>Quadro 3</b> - Situação atual da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde -----	16
<b>Quadro 4</b> - Prevalência de portadores de hipertensão arterial por micro áreas do território de atuação do ESF João Lopes de Melo, conforme dados existentes na Unidade -----	17
<b>Quadro 5</b> - Classificação/seleção dos problemas de acordo com o grau de importância, urgência e capacidade de enfrentamento -----	26
<b>Quadro 6</b> - Desenho de operações para os “nós críticos” do problema controle inadequado da hipertensão arterial -----	30
<b>Quadro 7</b> - Recursos críticos para a realização dos projetos e sua viabilidade ----	32
<b>Quadro 8</b> - Plano operativo -----	34

## Lista de abreviaturas

ACS	Agentes Comunitárias de Saúde
AP	Atenção primária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DCV	Doenças cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
EFVM	Estrada de Ferro Vitória a Minas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FR	Fatores de Risco
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PA	Pressão Arterial
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>17</b>
<b>3 OBJETIVO</b>	<b>19</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>20</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>21</b>
<b>6 PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>25</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>36</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Identificação do município**

O município de Galileia, de população estimada em 2014 de 7.076 habitantes, segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014) está situado no estado de Minas Gerais, Região sudeste do país. Pertence à Macrorregião do Vale do Rio Doce e Microrregião de Governador Valadares e localiza-se a leste da capital do estado, distando desta cerca de 380 km.

A área da unidade territorial é de 720,355 Km<sup>2</sup>, sendo que 1,7236 km<sup>2</sup> constituem a zona urbana e os 718,631 km<sup>2</sup> restantes constituem a zona rural, com densidade demográfica de 9,65 hab/Km<sup>2</sup>. A porcentagem da população residente em área urbana é de 81,9 %. Em 2013, a taxa de crescimento anual foi de 2,1 %.

O povoamento da área teve início na década de 1920, quando José Pereira Sete e Antônio Alves da Rocha, em 1925 e 1926, respectivamente, apossaram-se de terrenos no local, tendo José Pereira doado terras que mais tarde deram origem a um pequeno povoamento denominado São Tomé. O lugar prosperou-se e pela lei estadual nº 148, de 17 de dezembro de 1938, é criado o distrito de São Tomé, subordinado a Conselheiro Pena, deixando de fazer parte do então distrito de Igreja Nova pertencente a Itambacuri. Em 1939, é inaugurada a estação ferroviária da localidade, atendida pela Estrada de Ferro Vitória a Minas (EFVM). Pelo decreto-lei estadual nº 1.058, de 31 de dezembro de 1943, o distrito passa a chamar-se Moscovita, vindo a emancipar-se com a denominação de Galileia pela lei nº 336, de 27 de dezembro de 1948.

### **1.2 Aspectos demográficos**

No quadro 1 apresenta-se a distribuição da população segundo a faixa etária, divididas em local de residência, urbana ou rural, segundo Censo demográfico 2010, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

**Quadro 1 - Distribuição da população de Galileia - MG, segundo faixa etária e local de residência.**

Faixa etária	Área Urbana	Área Rural	Total
0-4	395	60	455
5-9	480	98	578
10-14	570	141	711
15-19	523	108	631
20-24	384	78	462
25-39	1240	231	1.471
40-59	1329	337	1.666
60 ou +	769	208	977
<b>Total</b>	<b>5692</b>	<b>1.259</b>	<b>6.951</b>

Fonte: IBGE, 2010.

### 1.3 Aspectos sociais e sanitários

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Galileia, pontuado em 0,654 (IBGE, 2010), é considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O município apresenta um rendimento mensal domiciliar *per capita* nominal de 397,00 reais.

Dos 2.259 domicílios, apenas 64,1 % apresentam saneamento adequado. Já na zona rural, dos 420 domicílios nenhum apresenta saneamento adequado. Alguns aspectos sanitários são evidenciados no Quadro 2, onde apresenta-se o quantitativo de domicílios com acesso a rede de esgoto, água tratada, energia elétrica e coleta de lixo.

**Quadro 2 - Quantidade de domicílios com acesso à rede de esgoto, água tratada, energia elétrica e coleta de lixo.**

Descrição	N	%
Total de domicílios	2.259	100,00
Rede geral de esgoto	1.624	71,89
Rede geral de abastecimento de água	1.814	80,30
Energia elétrica	2.243	99,29
Coleta de lixo	1537	68,00

Fonte: IBGE, 2010.

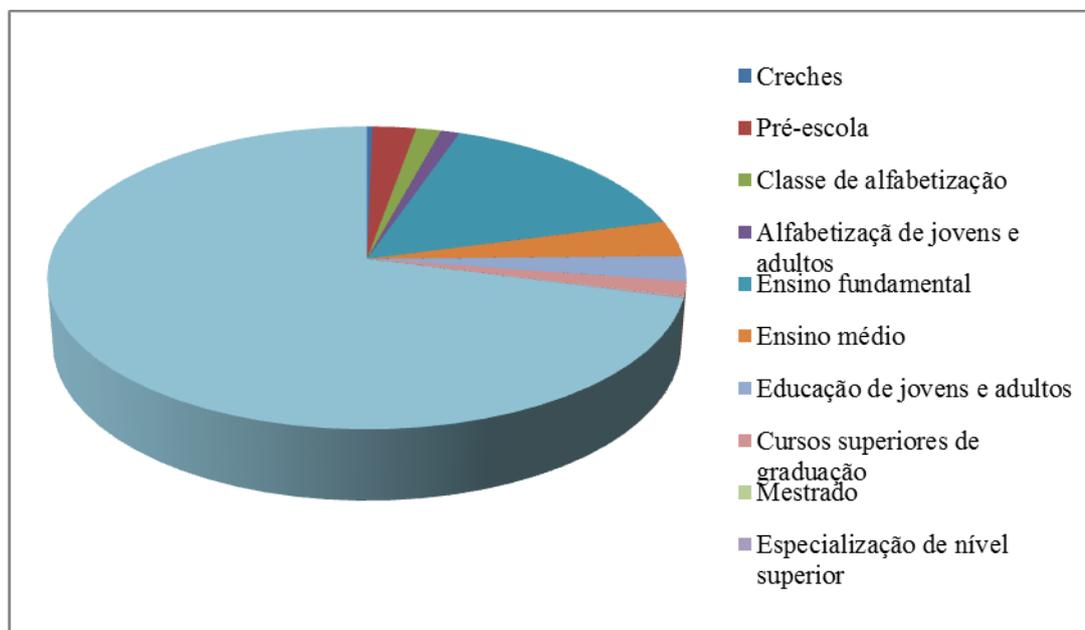
#### 1.4 Economia

De acordo com o IBGE (2012), na economia, destacam-se a agropecuária e a área de prestação de serviços, (O valor adicionado bruto referente ao setor terciário foi de R\$34 340,00 reais do PIB municipal, em 2011). A pecuária e a agricultura representam o segundo setor mais relevante na economia de Galileia. Em 2011, de todo o PIB da cidade, R\$10.695,00 reais era o valor adicionado bruto da agropecuária. Na lavoura temporária são produzidos principalmente o milho, a cana-de-açúcar e a mandioca, além do arroz e do feijão. Já na lavoura permanente se destacam a manga a banana e o limão, e ainda, o coco-da-baía. A produção industrial é incipiente, mesmo que comece a dar sinais de aprimoramento, sendo resumida principalmente à fabricação de cerâmica de revestimento (em 2011 foi responsável pelo valor adicionado bruto no PIB municipal de 5.489 mil reais). Destaca-se que, 3.371 pessoas com mais de 10 anos não possuem uma ocupação e 2.547 encontram-se empregadas. O PIB *per capita* a preços correntes é R\$ 7.594,98 reais.

## 1.5 Educação

Na área da educação, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio entre as escolas públicas de Galileia era, no ano de 2011, de 4,1. O IDEB é um índice que combina o rendimento escolar às notas do exame Prova Brasil, aplicado a crianças da 4ª e 8ª séries, podendo variar de 0 a 10. Em 2010, de acordo com dados da amostra do censo demográfico, da população total, 2 025 habitantes frequentavam creches e/ou escolas. Desse total, 22 frequentavam creches, 173 estavam no ensino pré-escolar, 99 na classe de alfabetização, 75 na alfabetização de jovens e adultos, 1 081 no ensino fundamental, 267 no ensino médio, 114 na educação de jovens e adultos do ensino fundamental, 72 na educação de jovens e adultos do ensino médio, onze na especialização de nível superior, 109 em cursos superiores de graduação e três em mestrado (Gráfico 1). Ressalta-se que 4 926 pessoas não frequentavam unidades escolares, sendo que 1094 nunca haviam frequentado e 3 832 haviam frequentado alguma vez (IBGE 2010).

**Gráfico 1- Situação educacional no município de Galileia-MG em 2010.**



Fonte: IBGE, 2010

## 1.6 Sistema Municipal de saúde

Teoricamente o município apresenta cobertura de Atenção Básica de 100,0 %, considerando que a Estratégia Saúde da Família cobre cobertura de 100,0 %. Entretanto, algumas áreas urbanas, e principalmente rurais encontram-se parcialmente desassistidas, em virtude da ausência de agentes comunitárias de saúde (ACS) para esses locais, e o difícil acesso às unidades básicas de saúde. São três equipes de saúde da família (ESF), sendo que um dos médicos cobre duas equipes. Possui também um hospital de pequeno porte, que se encontra em situação precária (infraestrutura defasada com ausência de equipamentos e medicamentos básicos) e médicos especialistas com consultas semanais na área de ginecologia e obstetrícia, gastroenterologia, pediatria e hematologia. As demais especialidades são referenciadas para Governador Valadares, assim como o serviço de urgência e emergência, quando necessário. Na maioria das vezes a contrarreferência não é feita ao médico da ESF. A cidade não é contemplada com Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), nem Centros de Especialidades Odontológicas.

De acordo com a portaria/GM n. 1.409 de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013b) o município possui população para cálculo de Piso de Atenção Básica (PAB)-Fixo (Faixa 1 - 28,00 *per capita*) de 6.908 habitantes, corresponde a R\$ 16.118,77 de repasse mensal. Os incentivos mensais de custeio são: equipe de Saúde da Família (eSF) - modalidade I R\$ 10.695,00 (dez mil e seiscentos e noventa e cinco reais), modalidade II R\$ 7.130,00 (sete mil e cento e trinta reais), Ribeirinha R\$ 13.695,00 (Modalidade I + custeio de transporte de R\$3.000,00), Fluvial R\$40.000,00 e R\$ 50.000,00 com Saúde Bucal, equipes com profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento e fixação em áreas de difícil acesso e/ou de populações de maior vulnerabilidade econômica ou social.

Para os ACS, R\$ 1.014,00 (hum mil e quatorze reais) a cada mês, *per capita*, sendo que no último trimestre de cada ano será repassada uma parcela extra, calculada com base no número de ACS registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação definido para este fim, no mês de agosto do ano vigente (BRASIL, 2014).

Para a cidade de Galileia, os repasses do Ministério da Saúde referentes às equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde são descritos no Quadro 3.

**Quadro 3 - Situação atual da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.**

<b>Equipes</b>	<b>Teto</b>	<b>Credenciado</b>	<b>Implantado</b>	<b>Valor mensal do repasse</b>
ESF	3	3	3	25.390,00
ACS	17	19	19	19.266,00

Fonte: DATASUS, 2014.

A ESF João Lopes de Melo apresenta um médico atuando 32 horas por semana, por ser médico do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), uma enfermeira trabalhando 40 horas semanais, uma técnica de enfermagem também trabalhando 40 horas por semana, oito ACS (40 horas por semana), um cirurgião dentista (20 horas por semana), uma auxiliar de saúde bucal(40 horas por semana) e uma recepcionista (40 horas por semana).

O horário de funcionamento da UBS é de 7:00 às 16:00. A estrutura física peca principalmente para o acolhimento dos pacientes, visto que, em horários de alta demanda não existe cadeiras para todos. Além disso, a sala para reuniões é improvisada e há uma defasagem de materiais e medicamentos, o que muitas vezes, limita as possibilidades das ações assistenciais.

De acordo com dados de 2014, do DATASUS, o município tem com hipertensão arterial, 1056 pacientes cadastrados e com diabetes *mellitus* 283 e, estas são as condições de saúde mais prevalentes no município.

## 2 JUSTIFICATIVA

A alta prevalência de portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) existente no município e, conseqüentemente, no território da ESF João Lopes de Melo, muitos dos quais com controle inadequado, e ainda considerando o elevado risco de doenças cardiovasculares e as conseqüências devido aos níveis pressóricos elevados, justifica-se a tomada de medidas para reduzir este agravo.

O território da UBS João Lopes de Melo tem uma população cadastrada de 2.769 pessoas e está dividido em sete micro áreas (existe ainda uma porcentagem de população descoberta).

**Quadro 4 - Prevalência de portadores de hipertensão arterial por micro áreas do território de atuação do ESF João Lopes de Melo, conforme dados existentes na Unidade.**

Micro Área	ACS Responsável	População	Hipertensos	Prevalência (%)
1	Adegmar	467	88	19,0
2	Jessica	336	69	20,5
3	Janaina	450	90	20,0
4	Brennda	527	79	15,0
5	Gizele	350	48	13,7
6	Gabriela Perim	462	82	17,7
7	Gabriela Amaral	177	46	26,0
<b>Total</b>		2769	502	18,1

Ressalta-se ainda, que quando foi feito diagnóstico situacional no território da ESF João Lopes de Melo foram identificados vários problemas de saúde, mas ao priorizá-los selecionou-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), por ser o agravo de maior relevância no momento, considerando-se o quantitativo de pacientes portadores da doença e ainda a falta de sistematização para o controle dos mesmos.

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O estado de MG possui 1.476.708 hipertensos cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2014). Em 2012 do total de 49.767 óbitos por morbidades hospitalares, 10.455 foram relacionadas à doenças do aparelho circulatório (IBGE, 2012).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. 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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO /SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Justifica-se, portanto, a realização deste projeto de intervenção com a finalidade de ampliar o controle adequado dos pacientes hipertensos na ESF João Lopes de Mello.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar uma proposta de intervenção para o controle adequado dos pacientes hipertensos na ESF João Lopes de Melo – Galileia, com a finalidade de reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares em longo prazo.

## 4 METODOLOGIA

Foram trabalhadas as seguintes etapas:

- Dados do diagnóstico situacional para o desenvolvimento do projeto de intervenção utilizando o método do Planejamento Situacional (CAMPOS, FARIA; SANTOS, 2010)
- Revisão bibliográfica para levantamento das evidências já existentes sobre o tema proposto.

A pesquisa bibliográfica foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, nos seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), no portal de saúde baseada em evidências Up date, e no portal do Ministério da Saúde (Biblioteca Virtual em Saúde, BVS), além de Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

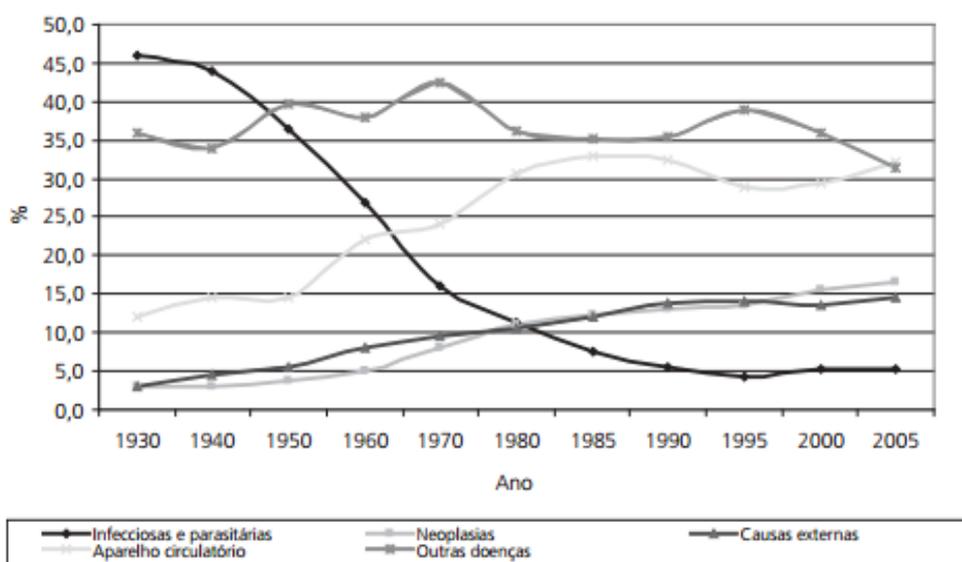
Para a busca foram utilizados os seguintes descritores:

- Hipertensão.
- Atenção Primária à Saúde.
- Programa de saúde da família.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A transição demográfica e epidemiológica ocorridas no século XX resultaram em importantes reduções das taxas de fecundidade e natalidade e no aumento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários. Como consequência as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) passaram a ter maior participação no perfil de morbimortalidade da população e a diminuição da morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, apesar destas últimas ainda representarem um importante problema de saúde pública em diversos países (MALTA *et al.*, 2006).

**Gráfico 2- A transição epidemiológica no Brasil: evolução da mortalidade proporcional segundo os principais tipos de causas.**



**\*Retirado de:** Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: MS, 2006

A World Health Organization (WHO, 2008) define como doenças crônicas as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes *mellitus*. A World Health Organization (WHO, 2008) também inclui nesse rol aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas.

No cenário mundial, segundo a Who (2008) as DCNT representam, hoje, as principais causas de morte no Canadá e EUA, e também na América Latina e Caribe.

Carnellosso (2010), citado por CUNHA (2012, p. 16)

[...] acrescenta que, a expansão acelerada das doenças crônicas, constitui-se num desafio para as autoridades sanitárias e profissionais de saúde no desenvolvimento de políticas públicas capazes de conter essa epidemia.

Em vista dessa epidemia de doenças crônicas em curso na população mundial é essencial a atuação da unidade básica de saúde para prevenção dessas doenças (prevenção primária) e, se já instaladas, prevenir as complicações (prevenção secundária).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA  $\geq$ 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

É uma doença crônica não transmissível de alta prevalência, cujo diagnóstico e controle são imprescindíveis no manejo de graves doenças, como insuficiência cardíaca congestiva, doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, nefropatias hipertensiva, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva.

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Essa multiplicidade de consequências colocam a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de

maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006, citado por BRASIL, 2013a, p.19).

A 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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

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). Entre os fatores de risco destacam-se a idade avançada (prevalência de HAS superior a 60% acima dos 65 anos), etnia negra, sobrepeso/obesidade, ingestão excessiva de sal e álcool, sedentarismo, fatores genéticos.

“Duas metanálises envolvendo estudos brasileiros realizados nas décadas de 1980, 1990 e 2000, apontaram uma prevalência de HAS de 31%, sendo que entre idosos esse valor chega a 68%” (BRASIL, 2013a, p.20).

No Brasil, as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) são responsáveis pelos desafios da prevenção e controle da HAS e suas complicações. As equipes devem ser multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde orienta trabalhar as modificações de estilo de vida fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento (BRASIL, 2006).

## 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Para a elaboração do Projeto de Intervenção foram seguidos os passos definidos no planejamento estratégico situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

### 6.1 Análise situacional/Plano de ação

#### Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Embora seja recente o meu tempo de trabalho na ESF João Lopes de Melo - Galileia percebe-se a existência de vários problemas identificados através do diagnóstico situacional. Dentre eles:

**Ausência de agenda para demanda programada** (eventos crônicos), o que dificulta o acompanhamento correto de pacientes com, por exemplo, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e seu controle adequado;

**Acolhimento inadequado.** Frequentemente a abordagem aos pacientes limita-se a direcioná-los ao médico, ou informá-los do esgotamento das vagas para consulta, sem orientações adequadas relativas à sua situação.

**Abuso de benzodiazepínicos**, utilizados de maneira irrestrita para tratamento de insônia;

**Hipertenso com controle inadequado**, relacionados à ausência de uma agenda para essa condição, falta de orientação e capacitação dos funcionários do ESF e não conscientização dos pacientes para a importância do controle adequado;

**Gravidez na adolescência e elevado índice de alcoolismo** entre outros problemas oriundos de uma comunidade carente.

## Segundo Passo: Priorização dos Problemas

**Quadro 5 - Classificação/seleção dos problemas de acordo com o grau de importância, urgência e capacidade de enfrentamento.**

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Ausência de agenda para demanda programada	Alta	7	Parcial	2
Acolhimento inadequado	Alta	6	Total	3
Abuso de benzodiazepínicos	Alta	4	Parcial	6
Elevado índice de hipertensos com controle inadequado	Alta	7	Parcial	1
Gravidez na adolescência	Alta	6	Parcial	4
Elevado índice de alcoolismo	Alta	6	Baixa	5

## Terceiro Passo: Descrição do Problema

Os problemas classificados como prioridades, 1, 2 e 3 listados no Quadro 5 são considerados complementares, sendo que o segundo e terceiro ajudam a determinar o primeiro. Logo, ao escolhermos como tema o elevado índice de hipertensos sem controle adequado também abordaremos a questão da ausência de agenda para demanda programada e o acolhimento inadequado. Além disso, é considerada relevante a grande quantidade de hipertensos cadastrados na área de atuação do ESF João Lopes de Melo.

## Quarto Passo: Explicação do problema

A equipe de saúde da família (ESF) João Lopes de Melo apresenta em seu território de atuação uma população de baixa renda, que corresponde pela área mais carente

do município de Galileia - MG. As famílias, em sua maioria, residem em moradias simples a precárias, com sustento proveniente de programas governamentais como Bolsa Família. Um dos motivos é a falta de oportunidade, que conseqüentemente gera elevada taxa de desemprego, pobreza, descaso com a educação e saúde, comodismos, violência familiar e comunitária, entre outros agravantes sociais.

Inserida nesse contexto, o ESF João Lopes de Melo tornou-se um “refúgio” para a comunidade carente de cuidados e atenção, o que explica, de certa forma, junto à falta de planejamento, a grande procura por atendimentos, a desorganização do trabalho, o esgotamento da equipe, a ausência de agenda para demanda programada (hipertensos) e a ausência de promoção da saúde. Predomina a cultura do “quanto mais atendimento” melhor, em detrimento da qualidade, da orientação adequada, do cuidado pleno, ou seja, valoriza-se a quantidade em detrimento da eficácia e efetividade.

### **Causas do controle inadequado**

1. Ausência de agenda para demanda programada (hipertensos)
  - a) Não planejamento do processo de trabalho
  - b) Não orientação adequada aos pacientes.
  - c) Pressão de setores políticos por quantidade de atendimentos.
  - d) Consultas voltadas para a alta demanda espontânea.
  - e) Precário trabalho em equipe;
  - f) Desorganização do acolhimento.
  
2. Baixa conscientização dos pacientes
  - a) Ausência de ações educativas e de promoção da saúde;
  - b) Falta de equipe multidisciplinar (enfermeiro, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta).
  - c) Elevada procura por renovação de receitas sem consultas.
  
3. Baixa adesão ao tratamento

- a) Pacientes assintomáticos.
- b) Falta de medicamentos.
- c) Pacientes em condições socioeconômicas precárias, o que dificulta o uso de medicamentos e a realização de exames não disponibilizados gratuitamente.
- d) Baixa instrução ou analfabetismo de vários pacientes e/ou do cuidador.

### **Consequências do controle inadequado**

Níveis pressóricos elevados → aumento do risco de lesões em órgãos alvos (coração, cérebro, rins) → aumento das complicações da hipertensão (AVC, IAM, DRC) → aumento de internações, invalidez e óbitos → aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

### **Quinto passo: Identificação dos nós críticos**

**Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema:** um processo de trabalho planejado, com existência de agenda que contemple as condições agudas e também as demandas programadas (pacientes hipertensos), com palestras, reuniões e atendimentos “centrado na pessoa”, é essencial para lidar com condições crônicas. Essa organização requer trabalho em equipe, com gestão colegiada, onde todos integrantes sejam conscientes de suas ações, tenham voz ativa e participem do processo. O que não ocorria no ESF Joao Lopes de Melo onde o trabalho é fragmentado, inexistindo reuniões e ações conjuntas. O médico é responsável apenas por atender a elevada demanda e lidar com os eventos agudos. É o principal ou único agente de saúde. Processo de trabalho da equipe → atendimentos voltados para as demandas agudas → ausência de agenda do hipertenso, trabalho em equipe e ações de promoção da saúde → não orientação adequada e baixa conscientização dos pacientes.

**Estruturas dos serviços de saúde/não valorização adequada da atenção primária:** é necessário o apoio de outros setores da sociedade, como o político.

Muitas vezes os responsáveis pelas políticas locais de saúde pressionam os funcionários da ESF em busca de quantidades de atendimentos, possivelmente para fins eleitoreiros, visto que o atendimento ajuda na satisfação do cidadão. Entretanto não investem de maneira adequada em qualidade, em infraestrutura, em disponibilização de medicamentos (anti-hipertensivos) e exames complementares e condições de trabalho. Em Galileia-MG essa também é uma realidade, por exemplo, faltam muitos fármacos de controle como anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, o que junto a condições socioeconômica precária da população dificulta a adesão correta ao tratamento proposto. Todavia nota-se a conscientização e apoio da coordenadora da atenção primária e secretária de saúde.

**Cultura local de valorizar apenas os casos agudos:** a própria comunidade supervaloriza os atendimentos em demanda espontânea, em detrimento à demanda programada. O que se torna um entrave para a elaboração de um trabalho organizado, visto que a pressão exercida por quantidade de consultas é enorme.

**Nível de conhecimento da população:** por último, é importante considerar a baixa adesão ao tratamento proposto, devido à dificuldade de entendimento das prescrições por muitos pacientes, em consequência do baixo grau de instrução/analfabetismo, das orientações precárias e escritas indecifráveis.

#### **Sexto passo: desenho das operações.**

A equipe de saúde da família (ESF) João Lopes de Melo elaborou o Quadro 6 – Desenho de operações para os “nós críticos” do problema controle inadequado da hipertensão arterial- como forma de determinar as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os produtos e resultados para cada operação definida; identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

**Quadro 6 - Desenho de operações para os “nós críticos” do problema controle inadequado da hipertensão arterial**

<b>Nós críticos</b>	<b>Operação/projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
<b>Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema</b>	Agenda do hipertenso: Programar consultas de acordo com o risco cardiovascular individual.	Consultas periódicas e controladas de acordo com o risco. Reduzir o número de hipertensos não controlados	Gestão colegiada no ESF; trabalho em equipe	Organizacional: Cognitivo: conhecimentos técnico-científicos sobre o tema; Político: mobilização popular; Financeiro:
<b>Ampliar estruturas dos serviços</b>	Política pró-saúde: Melhorar a estrutura da atenção primária; apoiar e ajudar no planejamento	Maior disponibilização de medicamentos, maior apoio e participação nos projetos de saúde	Programas de investimentos na atenção primária (NASF, redes de referência e contra referência, entre outros)	Organizacional: adequação dos projetos; Político: articulação intersetorial; Financeiro: financiamento dos projetos
<b>Nível de conhecimento da população</b>	Consciência em saúde: melhorar o nível de conhecimento sobre o tema, e torná-lo mais acessível.	Qualificar e ampliar as orientações profissionais; prescrições mais legíveis; População mais informada; Melhora dos hábitos de vida;	Palestras e campanhas educativas; Trabalho multiprofissional;	Organizacional: elaborar atividades pró-saúde. Cognitivo: informações sobre o tema, capacidade de orientação; Político: mobilização social,

articulação intersetorial;				
<b>Cultura local de valorizar apenas casos agudos</b>	Acolhimento	Redução das consultas para casos agudos; conscientização e apoio da comunidade; resolução satisfatória dos problemas; elaboração de agendas com demandas programadas.	Capacitação; Acolhimento adequado; Palestras educativas;	Organizacional Cognitivo Político: mobilização social

### Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

A finalidade desse passo é identificar os recursos críticos que serão necessários em cada operação. Tais recursos são aqueles considerados imprescindíveis para o projeto e que não estão disponíveis, conforme o Quadro 7 - Recursos críticos para a realização dos projetos e sua viabilidade.

**Quadro 7 - Recursos críticos para a realização dos projetos e sua viabilidade.**

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Controle dos recursos críticos</b>	<b>Motivação</b>
<b>Agenda do hipertenso</b>	Político: mobilização social Financeiro: aquisição de material educativo; ficha de acompanhamento.	Secretaria de saúde	Favorável
<b>Política pró-saúde</b>	Político: articulação intersetorial, aprovação dos projetos, aumentar e gerir adequadamente os recursos. Financeiro: aprovação dos projetos	Secretaria de saúde, planejamento e ação social	Favorável/indiferente *envolve outros setores, o que o inviabilizou.
<b>Consciência em saúde</b>	Político: articulação intersetorial; recursos para campanhas de orientação em saúde; contratação de funcionários. Financeiro: aquisição de materiais educativos e outros recursos necessários.	Secretaria de Saúde, Educação Setor de comunicação social	Favorável Favorável Favorável

<b>Acolhimento</b>	Político: mobilização social.	Secretaria de Saúde Comunidade	Favorável  Favorável
--------------------	-------------------------------	-----------------------------------	----------------------------

### **Oitavo passo: análise de viabilidade do plano**

A viabilidade do plano foi analisada através da identificação dos atores que controlam os recursos críticos dos projetos que compõem o plano, e qual a motivação desses para com os objetivos do plano. Quadro 6- Recursos críticos para a realização dos projetos e sua viabilidade.

### **Nono passo: elaboração do plano operativo (quadro 8)**

**Quadro 8- Plano operativo**

Operações	Resultados	ProEndemias	Responsável	Prazo
<b>Agenda do hipertenso</b>	Consultas periódicas e controladas de acordo com o risco. Reduzir o número de hipertensos não controlados e com agravos cardiovasculares	Capacitação dos funcionários, linha de cuidado para risco cardiovascular de acordo com protocolos, seguimento e busca ativa de pacientes; campanhas de rastreio	Leonardo (médico), Rosilene (Recepcionista), Gizele (ACS)	1 mês para iniciar capacitação e funcionamento das consultas agendadas; 3 meses para campanhas de rastreio
<b>Consciência em saúde</b>	Qualificar e ampliar as orientações profissionais; prescrições mais legíveis; População mais informada; Melhora dos hábitos de vida;	Avaliação do nível de conhecimento da população; capacitação dos funcionários; campanhas educativas	Leonardo (médico), Valdileia (enfermeira), Agentes comunitárias de saúde	2 meses para iniciar as atividades
<b>Acolhimento</b>	Redução das consultas para casos agudos; conscientização, apoio e da comunidade; resolução	Capacitação dos funcionários; Implantação de protocolos de triagem para casos	Leonardo (médico); Carla (coordenadora da	2 meses para iniciar a capacitação dos funcionários; e orientação da comunidade; 3 meses para efetivar o

	satisfatória dos problemas; elaboração de agendas com demandas programadas	agudos; orientação e discussão com a comunidade	atenção primária); Natália (técnica de enfermagem)	acolhimento
--	---	---	---	-------------

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atual concepção de Atenção Básica de Saúde (ABS) determina a construção de processos de trabalhos organizados e planejados no contexto das ESF, com o objetivo de efetividade e capacidade de resolver maior número de problemas. Uma das formas de planejamento é a atenção programada, como por exemplo, aos pacientes hipertensos. Para tanto é necessário ter um conhecimento da área de atuação (as características populacionais, os agravos sociais, e as principais causas de morbimortalidade), da equipe (grau de conhecimento, conscientização e motivação), dos meios disponíveis, afim de que as ações propostas sejam efetivas e bem aceitas.

A significativa prevalência de HAS na população adscrita da ESF João Lopes de Mello, sendo que parcela considerável encontra-se com controle inadequado, os importantes agravos cardiovasculares a que esse grupo está sujeito, e a possibilidade de melhorias, motivou a priorização desse problema no diagnóstico situacional realizado.

Por meio da elaboração deste projeto de intervenção, espera-se reorganizar o atendimento ao paciente portador de doenças crônicas, em especial a HAS, dentro da área de abrangência da ESF João Lopes de Mello. O foco vai além do tratamento isolado de cada paciente, buscando também a reformulação do processo de trabalho em equipe.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 58p. (Cadernos de Atenção Básica; 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em [www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs).

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009. Disponível em <http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/protocolodehipertensao.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1409 de 10 de julho de 2013. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. **DOU** de 11 de julho de 2013b.

BRASIL. Lei nº 12994 de 17 de julho de 2014. Altera a lei nº 11.350 de 5 de abril de 2006 para instituir o piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreiras dos Agentes Comunitários de saúde e dos Agentes de Combates as Endemias. **DOU** de 18 de julho de 2014.

CAMPOS, F.; C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118 p.

CUNHA N. M. **A atenção ao hipertenso na estratégia saúde da família: um estudo das características clínico-epidemiológicas e de organização dos serviços em João Pessoa – Paraíba, 2012**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2012, 150p.

DATASUS.2014 Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>, acessado em: 23/05/14>.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde, 2009

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312730&search=mi-nas-gerais|galileia|infograficos:-informacoes-completas>>, acessado em: 23/05/14.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=312730>>, acessado em 23/5/2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2012/>>, acessado em 23/05/14.

MALTA, D. C.; CASTRO A. M.; GOSCH, C. S.; CRUZ, D. K. A.; BRESSAN, A.; NOGUEIRA, J. D.; NETO, O. L. de M.; TEMPORÃO, J. G. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília. v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006.

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

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION: **primary health care now more than ever**. Geneve, 2008. Disponível em [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf).