

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

**Arioaldo Oliveira Filho**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Juiz de Fora - Minas Gerais

2016

ARIOVALDO OLIVEIRA FILHO

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção de certificado de especialista.

Orientadora: Profa. Gabriela Cássia Ribeiro

Juiz de Fora - Minas Gerais

2016

Ariovaldo Oliveira Filho

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Gabriela de Cássia Ribeiro - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Examinador 2 – Profa. Liliane da Consolação Campos Ribeiro – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Aprovado em Belo Horizonte, em        de        de 2016.

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica possui elevada prevalência e representa importante problema de saúde na população assistida pela Estratégia de Saúde da Família de Santo Antônio, em Ponte Nova – Minas Gerais. Diante da estimativa de deficiente conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre abordagem dos hipertensos e da baixa adesão ao tratamento medicamentoso, somado à comum prática de hábitos de vida inadequados por parte dos acometidos pela hipertensão arterial, foi criado um projeto de intervenção. Os mecanismos desse projeto envolvem, em primeiro lugar, uma estratégia de Educação Permanente, visando capacitar os Agentes Comunitários de Saúde a otimizar a assistência aos hipertensos adscritos e melhorar a adesão medicamentosa desses indivíduos. Em segundo lugar, é estabelecido um modelo padronizado de consulta médica ao hipertenso, com informações essenciais, permitindo fortalecer o vínculo médico-paciente, estimular dieta e hábitos de vida saudáveis e esclarecer as dúvidas vindas dos usuários.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipertensão Arterial; Educação Permanente, Programa de Saúde da Família.

## ABSTRACT

Hypertension has a high prevalence and is a major health problem in the population assisted by the Health Santo Antonio Family Strategy, in Ponte Nova, Minas Gerais. On the estimate of poor knowledge of the Community Health Workers about the management of patients with hypertension and given the low adherence to drug treatment, in addition to the common practice of inadequate life habits on the part of the affected by Hypertension, an intervention project was created. The mechanisms of this project involve, first of all, a lifelong learning strategy, which aims at enabling the Community Health Workers to optimize the assistance to the involved patients and improve medication adherence of these individuals. Second, is established a standardized model of medical consultation to the patients with hypertension, containing essential information, allowing strengthen the bond between doctor and patient, stimulating diet and healthy lifestyle habits and clarify questions from users.

**KEY-WORDS:** hypertension, permanent education, family health strategy

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

DM – Diabetes mellitus

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial (ou Hipertensão Arterial Sistêmica)

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE – Instituto Nacional de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PA – Pressão Arterial

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TEP – Tromboembolismo Pulmonar

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	1
2.	JUSTIFICATIVA.....	6
3.	OBJETIVO.....	7
4.	METODOLOGIA.....	9
5.	REVISÃO DE LITERATURA.....	10
6.	PLANO DE AÇÃO.....	14
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
	REFERÊNCIAS.....	24
	ANEXOS.....	26

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1. Contexto do Município

Ponte Nova é um município do estado de Minas Gerais que dista 180 km da sua capital, Belo Horizonte. Sua origem remete aos tempos do Brasil colonial, às margens do Rio Piranga na bacia do Rio Doce, na Zona da Mata. Inicialmente foi construída uma capela e uma ponte, com o povoamento vindo em seguida. Possuiu relevância histórica durante o ciclo do ouro, por servir de estadia aos viajantes da época. Igualmente, a cidade se destacou nos séculos XVIII e XIX em setores, como agricultura, agropecuária, plantio e cultivo de cana-de-açúcar, bem como a cristalização desse açúcar (sendo um dos municípios mineiros que tiveram pioneirismo nesse ramo). A suinocultura ganha destaque na economia local, estando entre as maiores produtoras do ramo<sup>1</sup>.

O município de Ponte está situado em meio a um relevo mamelonar, denominado de mares de morros por Ab' Saber (2003). Portanto, uma quantidade significativa da precipitação incidente na cabeceira do rio Piranga, invade o perímetro urbano de Ponte Nova e inunda ocasionalmente a parte baixa da cidade. Não é insignificante o impacto sobre a saúde pública que essas enchentes determinam. A última enchente aconteceu em 2012.

Dados do censo de 2010 mostram uma população de 59.814 habitantes e densidade de 121,94 hab./km<sup>2</sup>. A população estimada em 2015 é de 60.005 pessoas<sup>2</sup>. Na área urbana vivem 51.185 indivíduos e na área rural 6.205. A cidade ocupa uma área de 471,07 km<sup>2</sup>, uma altitude de 436m do nível do mar e um clima tropical de altitude. O IDH é de 0,717.

A prefeitura é administrada pelo prefeito Paulo Augusto Malta Moreira, com mandato previsto até o final de 2016. A Secretaria Municipal de Saúde é gerida por Ivan José da Silva e a Coordenadoria da Atenção Básica do município está sob a coordenação da enfermeira Thiany Silva de Oliveira e do médico Mauro Mansur. A ESF foi implantada em 2003.



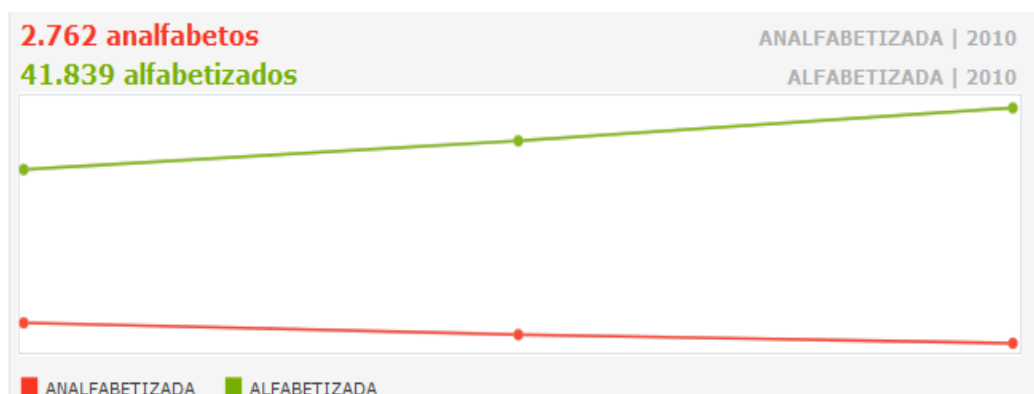
## 1.2. Diagnóstico situacional

### 1.2.1 Condições de Moradia

Em relação à questão do abastecimento de água, há uma cobertura em 19.463 economias e domicílios residenciais<sup>3</sup> e 20.736 metros cúbicos de água tratada distribuída por dia.<sup>4</sup> Os dados da Pesquisa Nacional de Saneamento Básico de 2008 mostram a presença de serviços para manejo de águas pluviais, de resíduos sólidos e de coleta de esgoto.

### 1.2.2 Educação

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) da cidade nos anos iniciais (primeiro ao quinto) atingiu 5,9 em 2011 (a meta para 2011 e para 2013 eram de, respectivamente, 4,5 e 4,8). Os dados de analfabetismo correspondem a 6,2% da população:



Fonte: Datasus, 2010<sup>5</sup>

### 1.2.3 Renda familiar e dados demográficos

A renda média discriminada por domicílios urbanos e rurais são, respectivamente, de 2.275,93 reais (per capita de 510,00), e de 1.405,65 (per capita 402,86) e a incidência de pobreza é de 31,54%. Em torno de 0,087% da população vive na cidade com menos de 100,00 reais de renda/mês.

No que toca à distribuição de gênero, segundo o Censo Demográfico do IBGE (2010) há uma predominância (52%) do sexo feminino. Aproximadamente 47% dos indivíduos possuem entre 20 e 59 anos.

#### **1.2.4 Saúde**

De acordo com dados de 2015 (ano censo: 2014)<sup>5</sup>, o repasse total líquido para a saúde no município foi de R\$ 21.019.793,33, sendo que a parcela destinada à atenção básica foi de R\$ 2.619.336,13.

Apesar da cobertura universal da assistência populacional pelo Sistema Único de Saúde (SUS), cerca de mais de 20% recorre prioritariamente à atenção suplementar.

Os dados de abril/2015 (Tabela 1) mostram que o município possui 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e uma estimativa de 77,72% da população coberta pela ESF. As tabelas 2, 3 e 4 demonstram, respectivamente, a abrangência de cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dos profissionais de saúde bucal e do NASF em Ponte Nova.

As equipes de ESF em Ponte Nova são compostas geralmente por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 a 2 técnicos de enfermagem, 5 a 8 ACS, 1 cirurgião-dentista e um técnico auxiliar consultório odontológico.

A partir de 2013, a ESF passou a contar com o apoio dos programas Mais Médicos e Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB). Esses programas estão vinculados ao desenvolvimento de uma especialização individual em ESF e um projeto de intervenção na respectiva UBS de atuação, na intenção de contribuir para melhoria da assistência prestada nas mesmas.

A atenção secundária vinculada à rede de atenção à saúde do município disponibiliza, por meio de cotas mensais, os serviços de ambulatório em Cardiologia, Neurologia, Dermatologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Endocrinologia, Oncologia, Radiodiagnóstico, Gastroenterologia, Pneumologia, Infectologia, Serviço de Atenção Especializada e Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE/CTA). O serviço de Psiquiatria, em específico, além do ambulatório, é realizado com amparo do CAPS. Alguns desses serviços apresentam uma espera ainda considerável, devido a uma ainda escassa oferta dos profissionais. Outro inconveniente que costuma prejudicar o acompanhamento, apesar dos esforços contrários, é o não preenchimento da contra-referência por grande parte dos atendimentos secundários.

A assistência hospitalar é oferecida pelo município por meio de 2 hospitais de média e alta complexidade (Hospital Geral Arnaldo Gavazza Filho e Hospital de Nossa Senhora das Dores). Além disso, possui um serviço de atendimento ambulatorial, o SAMMDU. A indisponibilidade de mecanismos adequados de contra-referência para provimento de cuidado integral e acompanhamento posterior pela ESF, também constitui um entrave da assistência terciária.

### **1.2.5 Equipe de Saúde Santo Antônio**

Santo Antônio é um conjunto de bairros que totaliza 5.009 habitantes (FONTE: SIAB, maio/2015)<sup>6</sup> entre a região comercial e a periferia de Ponte Nova. O número estimado de famílias cadastradas é de 1.505. Há um predomínio do sexo feminino (53,9%) e a faixa etária com maior número de indivíduos é dos 20 aos 39 anos (35,9%), em seguida a faixa etária dos 40 aos 59 anos (13,8%).

A maioria trabalha no setor comercial, autônomo e na área de saúde, com um ainda importante número de desempregados e subempregados. Do total, 38 famílias (2,52%) recebem bolsa-família.

A estrutura de saneamento básico na comunidade é adequada a depender da microrregião, com coleta eficaz de lixo. Apesar dos dados oficiais do SIAB - maio/2015 - afirmarem uma coleta pública de lixo de 100%, a observação dos membros da ESF é que essa coleta é feita de maneira irregular, causando, muitas vezes, o acúmulo de lixo nas proximidades das casas. Apenas 1 família (0,07%) tem fossa como destino para as fezes e urina, sendo que as demais famílias usam sistema de esgoto. Todas as famílias recebem abastecimento de água através de rede pública e é disponibilizada a filtração da água em 100% das moradias. A energia elétrica é fornecida a todas as famílias.

As más condições de higiene das moradias, além de situações de potencial risco de infraestrutura chamam atenção dos observadores da equipe, apesar da indisponibilidade de dados oficiais sobre o assunto.

O número de usuários com 15 anos ou mais, que estão alfabetizados é de 4.199 (99,41%), mas nota-se um volume considerável de analfabetos, quando se abrange apenas os indivíduos maiores de 60 anos.

Em Santo Antônio existe uma equipe de ESF apenas – a Equipe Santo Antônio, porém, devido ao número de famílias da comunidade, essa equipe possui um médico auxiliar e um maior número de ACS.

O atendimento é feito numa casa adaptada para UBS, localizada há 100 metros do Hospital Arnaldo Gavazza Filho. A casa é relativamente nova, porém não possui a quantidade ideal de salas/consultórios, havendo certa acumulação de pessoas em horários de maior movimentação, como campanhas vacinais e no final do turno matutino, embora não chegue a ser um motivo frequente de reclamação pelos usuários.

Não há sala de reuniões, que são feitas geralmente na cozinha, por ser o maior compartimento. As reuniões maiores são realizadas no prédio da Secretaria Municipal de Saúde de Ponte Nova.

Em geral, a população já se acostumou com o ambiente e com os profissionais de saúde e parece haver uma relação de amizade. A unidade, apesar de possuir a maioria dos equipamentos para curativos, exame clínico, pediátrico, ginecológico, vacinação, etc, enfrenta uma inadequada disponibilidade de medicamentos endovenosos para urgências menores, o que faz com que situações de menor gravidade sejam direcionadas ao hospital desnecessariamente.

O número de hipertensos no território da ESF Santo Antonio é de 588 (11,7%), sendo a HAS. Portanto, por tratar-se da doença mais prevalente, determina importante relevância a sua adequada abordagem. Segundo o relato das famílias e dos próprios ACS da equipe, há uma deficiência por parte desses no conhecimento sobre a HAS e sobre o manejo dos diversos problemas enfrentados no cotidiano pelos hipertensos adscritos.

Foi consenso, também, entre os membros da equipe, que os mesmos precisam da educação permanente como estratégia para lidar constantemente com os portadores de HAS. Esta ação caracteriza-se como de urgência, pois acarretaria um maior impacto na produção de saúde a esses indivíduos.

## 2. JUSTIFICATIVA

Tomando por base a observação ativa da UBS Santo Antônio foi possível notar a importância epidemiológica que a HAS possui. Foi presumível inclusive um deficiente conhecimento sobre a doença e sobre as formas de abordagem e acompanhamento pelos ACS da equipe. A presente estratégia se justifica ao planejar uma ação priorizando aqueles que mais possuem proximidade e capacidade de acesso aos hipertensos, para que haja uma produção de saúde eficaz nesses indivíduos e nas demais pessoas sob um maior risco e para que se atenda ao princípio da integralidade da atenção.

Em frente à importância do problema, medidas de contenção do seu avanço se justificam plenamente, não somente no diagnóstico e tratamento dos já acometidos e/ou na identificação daqueles mais suscetíveis ao seu desenvolvimento, mas principalmente na implementação de estratégias populacionais de grande alcance no sentido de prevenir o aparecimento da doença<sup>7,8</sup>. Nas etapas deste projeto, há a proposta de permitir que os conhecimentos não se restrinjam à equipe de atenção à saúde, mas que os próprios hipertensos disseminem entre os seus familiares e demais membros da comunidade tais conceitos de prevenção da doença.

Estratégias de atenção primária incluem, entre outras, medidas gerais de promoção de saúde, tais como campanhas educacionais, recomendações e intervenções (estratégias populacionais) ou medidas de proteção específica, como imunizações e profilaxia medicamentosa, voltadas para populações com maior risco de desenvolver a doença (estratégia para indivíduos selecionados)<sup>9</sup>.

Dentre as estratégias de prevenção, ganham destaque as modificações no estilo de vida, tais como alimentação saudável (evitando excessos), ingestão diária adequada de sódio, moderação no consumo alcoólico, manutenção de peso corporal normal, atividade física regular e cessação do tabagismo<sup>10</sup>.

### **3. OBJETIVO**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Realizar um projeto de intervenção para promover ações de Educação em saúde em Hipertensão Arterial Sistêmica para os ACS e hipertensos da Equipe de Saúde da Família “Santo Antônio” do município de Ponte Nova - MG.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Melhorar o conhecimento dos ACS sobre a Hipertensão Arterial e sobre o cuidado contínuo aos hipertensos;
- Capacitar os ACS para orientarem os hipertensos sobre o autocuidado em relação à doença e sobre práticas de promoção de saúde;
- Implantar na rotina da ESF atividades de Educação Permanente em Saúde, relacionadas à HAS, servindo de estímulo para atividades semelhantes para outras doenças de relevância na comunidade;
- Melhorar o conhecimento dos hipertensos sobre sua doença e sobre os cuidados que devem dispensar à mesma;
- Contribuir para a melhora da qualidade de vida do hipertenso e estimular a adesão ao tratamento medicamentoso;
- Alertar os problemas relacionados a vícios e hábitos de vida inadequados, desencorajando a sua prática;
- Estimular dieta, atividades físicas e atitudes saudáveis;
- Tornar hábito dos médicos da ESF Santo Antônio a ação de educar o hipertenso a cada consulta, esclarecer suas dúvidas, estimar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e oferecer apoio aos mesmos;

- Fornecer dados que possibilitem análises científicas posteriores, com secundário benefício à ESF e aos hipertensos.

#### **4. METODOLOGIA**

O público-alvo será composto pelos ACS e hipertensos sob tratamento e acompanhamento nas áreas adscritas da ESF de Santo Antônio.

O local das ações será na sala de reuniões e consultório médico da sede da UBS Santo Antônio em Ponte Nova- MG.

Realização, pelo médico e enfermeiro, de revisão bibliográfica completa e atual sobre o tema HAS, desde seus aspectos fisiopatológicos, quanto de seu diagnóstico e tratamento. Leitura complementar, em seguida, não somente pelos profissionais acima, mas também pelos ACS, considerando os aspectos que cabem à atuação dos ACS na comunidade, no que tange à saúde do hipertenso.

As fontes bibliográficas utilizadas para a elaboração do projeto foram:

- Harrison, Tratado de Medicina Interna, 18ª ed.
- Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)
- Scientific Eletronic Libray Online (SciELO), com os descritores: Hipertensão Arterial, Educação Permanente, Estratégia de Saúde da Família.
- Up to Date, no site: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- Manuais e Portarias do Ministério da Saúde que tratam também acerca de Educação Permanente e Educação em Saúde



## 5. REVISÃO DE LITERATURA

Há mais de uma década foi estruturada e posta em prática a ESF no município de Ponte Nova, como forma de organizar a atenção básica. De forma similar, os profissionais da área de saúde envolvidos passaram a ter um contato maior com os portadores de doenças crônicas, em seu cotidiano. A partir de então, foi possível acessar tais indivíduos em seus hábitos, seu contexto familiar e dispor de mais informações sobre os mesmos, que poderiam ser determinantes na adequada assistência à sua saúde como um todo e não apenas sobre sua(s) doença(s).

Como afirma COSTA NETO (2000, p.9)<sup>11</sup>, a ESF “*representa uma concepção de atenção à saúde focada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde envolvidos, os indivíduos, suas famílias e suas comunidades*”. Sendo assim, ao estabelecer a ESF como modelo, é primordial que os membros que fazem parte da equipe estejam preparados e dispostos a atingir tais propósitos.

Não basta haver profissionais, desde que sejam incapazes de entender as reais necessidades e expectativas dos indivíduos e de suas famílias. Os membros da ESF devem ser ao mesmo tempo criativos e conhecedores da importância de abordar os diversos aspectos do processo saúde-doença.

Nesse meio, surge a necessidade de atividades que considerem a atenção à saúde em sua integralidade, tendo como centro o próprio processo de trabalho, possibilitando a associação entre as habilidades teóricas de cada membro da equipe e também dos indivíduos assistidos e de suas famílias.

A Educação Permanente (EP) é compreendida como sendo um processo educativo contínuo, de revitalização e superação pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, com objetivo de qualificação, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos para uma praxe crítica e criadora. (FEUERWERKER, 2001 *apud* TAVARES, 2006)<sup>13</sup>. Não se trata de meros cursos de capacitação na área, cujo andamento pode ser instituído de forma desarticulada ou

fragmentada, além de não possibilitar que os profissionais envolvidos problematizem e assumam postura modificatória em seu processo de trabalho.

O argumento da EP envolve o fortalecimento dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS. Para Jaeger (2004, p. 9)<sup>14</sup>.

*Ao se colocar em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS, por meio da construção da educação permanente, propõe-se a agregação entre o desenvolvimento individual e institucional; entre serviços e gestão setorial; e entre atenção e controle social.*

Desse modo, a proposta é a de qualificação dos trabalhadores de saúde, tendo como orientação as necessidades de saúde da população, resultando em uma modificação das práticas dos profissionais e da organização das mesmas. A EP, portanto, não se ampara apenas em questões técnicas, já que tanto as pessoas quanto o processo de trabalho estarão constantemente em modificação.

Em relação aos usuários, surge, de forma análoga, uma preocupação acerca de seu próprio conhecimento sobre sua condição (hipertenso). A educação em saúde deveria potencializar as ações de prevenção e promoção à saúde, estando fundamentada em práticas reflexivas, possibilitando ao usuário ser sujeito histórico, social e político articulado ao seu contexto de vida, sob a visão de uma clínica ampliada por parte dos profissionais de saúde<sup>14</sup>.

Uma sondagem informal na ESF Santo Antônio sobre o conhecimento dos diversos aspectos da HAS pelos hipertensos mostrou que diversas dúvidas despontam dos mesmos. Muitas dessas dúvidas possuem implicação direta na qualidade do cuidado, dentre elas: confusão quanto à forma adequada de usar os medicamentos, frequência com a qual deve monitorar sua pressão arterial, qual a dieta a ser seguida e qual a rotina de exercícios a ser praticada.

Uma parte da culpa por tais deficiências pode, pelo menos em parte, ser atribuída ao excesso do intervencionismo da equipe, ao abuso profissional e à expansão do consumo de bens e serviços de saúde de interesse para o mercado<sup>15</sup>.

A proposta de mudança desse projeto inclui a ampliação do vínculo e do grau de autonomia dos usuários, aumentando a capacidade de compreenderem e atuarem sobre si mesmos e sobre a vida, saber lidar com a própria subjetividade, de compreenderem seu processo saúde-enfermidade, saber usar o poder e estabelecer compromissos e contratos com outras pessoas<sup>16</sup>.

A HAS apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo um dos mais importantes problemas de saúde pública e estudos clínicos mostraram que a detecção, tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares<sup>17</sup>. É notório, na ESF Santo Antônio, o elevado número de hipertensos, sem levar em conta a estimativa local de alta taxa de indivíduos subdiagnosticados, a partir da observação em atendimento médico na unidade. Tal fato faz com que o diagnóstico, muitas vezes, seja obtido por meio de busca ativa em indivíduos que apresentam fatores de risco, o que envolve não somente o empenho de toda a equipe, mas também a educação e o diálogo com a população adscrita.

O tratamento não farmacológico da HAS é indicado a todos os hipertensos e envolve redução do consumo de álcool, controle da obesidade, dieta equilibrada, prática regular de exercícios físicos e cessação do tabagismo<sup>18</sup>.

Apesar de essenciais para o controle apropriado dessa enfermidade (em especial as modificações dietéticas)<sup>19</sup>, tais medidas devem possuir correta adesão dos indivíduos<sup>20</sup>. Nessas circunstâncias, a ESF pode ser determinante (com destaque à atuação dos ACS), na medida em que, como foi dito, detém maior contato com os hipertensos e seus hábitos e crenças, embora muitas vezes os hábitos estejam relacionados intimamente à condição socioeconômica e à origem étnica dos indivíduos<sup>21</sup>.

A partir de informações colhidas diretamente dos ACS da equipe é notável que o processo de qualificação dos mesmos é fragmentado e insuficiente para desenvolvimento das competências necessárias para as ações preventivas de saúde e na inserção na linha de cuidado da hipertensão arterial.

Na Portaria nº 3.189 de 1999, é atribuída aos ACS a função de: “[...] desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, na sua área de atuação”. Segundo o Ministério da Saúde, também são atribuições dos ACS: “analisar as necessidades da comunidade; atuar nas ações de controle de doenças e promoção e proteção da saúde; participar das reuniões da equipe de saúde e da comunidade”.

A falta de preparo dos ACS no levantamento e atendimento às necessidades das pessoas hipertensas indica a importância do desenvolvimento de estratégias e capacitação dos profissionais que permitam o conhecimento e aplicação das linhas de cuidado em hipertensão arterial para a melhoria da qualidade da atenção básica ali prestada.

Sendo assim, o eixo primordial visado pela intervenção deste trabalho está projetado no estabelecimento de um núcleo de EP em HAS com enfoque nos ACS (como potencial transformador do processo de saúde desses indivíduos), numa discussão rotineira sobre o cuidado ao paciente hipertenso, desde as orientações sobre dieta, atividade física e controle de comorbidades. Além disso, no ambiente das discussões, as dúvidas de cada ACS serão tomadas como pontos de partida para o debate sobre a atuação de cada um em frente aos hipertensos e sobre sua própria atuação dentro da equipe de assistência à saúde de Santo Antônio.

Um segundo objetivo, fortalecedor do inicial, é o de tornar hábito dos médicos da ESF Santo Antônio a ação de educar o hipertenso a cada consulta, esclarecer suas dúvidas, estimar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e oferecer apoio aos mesmos.

## 6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

**Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico 1 – Inadequado conhecimento dos ACS acerca da HAS”, na população sob a responsabilidade da ESF Santo Antônio, em Ponte Nova – MG**

<b>Nó Crítico 1</b>	Inadequado conhecimento dos ACS sobre a HAS
<b>Operação</b>	Educação Permanente em HAS entre médico e ACS da ESF Santo Antônio
<b>Projeto</b>	Educação Permanente em HAS
<b>Resultados Esperados</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Melhorar o conhecimento dos ACS sobre a doença e sobre o cuidado contínuo dos hipertensos;</li><li>2. Capacitar os ACS para orientar os hipertensos sobre o autocuidado em relação à doença e sobre práticas de promoção de saúde;</li><li>3. Aprimorar a atuação e o conhecimento dos ACS em HAS;</li><li>4. Contribuir para que os ACS desempenhem sua função com maior segurança;</li><li>5. Facilitar a comunicação a equipe e o paciente;</li><li>6. Possibilitar melhora da qualidade da assistência à saúde dos hipertensos adscritos;</li><li>7. Fortalecer o vínculo entre a equipe, em particular os ACS, e os pacientes portadores de HAS;</li><li>8. Diminuir as dúvidas dos pacientes sobre o autocuidado, realização de hábitos de vida saudáveis;</li><li>9. Permitir benefícios na qualidade de vida dos hipertensos.</li></ol>
<b>Produtos Esperados</b>	<b>Médico</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pesquisar em literatura médica reconhecida os temas iniciais e os que surgirem nas discussões;</li><li>2. Preparar material (seja apresentação em folders ou apresentação em computador para projeção) abordando as questões conceituais básicas sobre a HAS e sobre o papel dos ACS junto ao hipertenso, nas reuniões iniciais;</li></ol>

	<p>3. Nas reuniões seguintes e de forma permanente, preparar material acerca das experiências dos ACS e dúvidas dos pacientes, relativas ao cuidado da HAS;</p> <p>4. Ser capaz de problematizar o seu processo de trabalho.</p> <p><b>ACS</b></p> <p>1. Ler e pesquisar sobre o assunto discutido nas reuniões, de acordo com recomendações, sobre a literatura adequada, dadas pelo médico;</p> <p>2. Participar ativamente nas reuniões, expondo suas dúvidas e sugestões, inclusive sobre o próprio andamento das mesmas;</p> <p>3. Multiplicar o conhecimento do que for considerado ação comprovadamente benéfica ao hipertenso, como hábitos de vida saudáveis, uso apropriado dos medicamentos, dentre outras;</p> <p>4. Levar às reuniões dúvidas levantadas pelos hipertensos;</p> <p>Ser capaz de problematizar o seu processo de trabalho.</p>
<p><b>Atores sociais / responsabilidades</b></p>	<p><b>Médico</b> – Organizar e conduzir as reuniões periódicas quinzenais.</p> <p><b>ACS</b> – Trazer experiências individuais e dúvidas; incorporar à prática o que é discutido nas reuniões; agir como multiplicadores do conhecimento aos hipertensos.</p> <p><b>Médico e ACS</b> – Questionar o próprio processo de trabalho e sua atuação à medida que presta assistência à saúde do portador de HAS.</p>
<p><b>Recursos Necessários / Críticos</b></p>	<p><b>1. Financeiros:</b> Recursos para aquisição de material para folderes e recursos audiovisuais;</p> <p><b>2. Organizacionais:</b> Locais apropriados para a realização das rodas de discussão;</p> <p><b>3. Políticos:</b> Necessidade de empenho da equipe de saúde da UBS “Santo Antônio” e principalmente os ACS, para a importância da prática de Educação Permanente e do</p>

	comparecimento às reuniões, para aumentar seu conhecimento no assunto e para melhorar a qualidade do cuidado aos hipertensos de sua adscrição, em todos os aspectos.
<b>Controle dos Recursos Críticos / Viabilidade</b>	Recursos já disponíveis na UBS ou a cargo do médico
<b>Ação Estratégica de Motivação</b>	Houve uma discussão antes da construção do projeto, sobre a importância da criação do mesmo, devido ao diagnóstico situacional feito pela equipe. Durante toda a construção da proposta de intervenção, sugestões partidas de todos os ACS, além de informantes-chave da comunidade e hipertensos foram ouvidas e ponderadas, sendo feitos ajustes e modificações, de forma que todos os envolvidos possuíssem diversos fatores de interesse no mesmo.
<b>Responsáveis</b>	<p><b>Médico:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordenar o andamento das reuniões;</li> <li>2. Orientar os ACS em caso de dúvidas quanto ao andamento das sessões;</li> <li>3. Modificar a estrutura dos encontros, caso seja essa a decisão da maioria dos ACS;</li> <li>4. Proceder à avaliação da pesquisa de satisfação dos ACS.</li> </ol> <p><b>ACS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buscar problematizar sua atuação junto aos hipertensos, de forma a trazer sua experiência a cada reunião quinzenal;</li> <li>2. Levar às reuniões dúvidas geradas pelos pacientes;</li> <li>3. Colocar em prática o conhecimento adquirido a cada encontro;</li> <li>4. Responder periodicamente à pesquisa de satisfação.</li> </ol>
<b>Cronograma / Prazo</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. AGOSTO/2015: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Médico: Leitura de textos sobre Educação Permanente vinculada às práticas em Atenção Básica;</li> <li>b. Médico: Leitura e preparação de discussões sobre</li> </ol> </li> </ol>

	<p>HAS;</p> <p>c. Médico e ACS: Coleta de vivências de hipertensos com má adesão, com famílias em estado crítico de moradia, pobreza, miséria etc para levar às discussões.</p> <p>2. SETEMBRO-DEZEMBRO/2015:</p> <p>a. Médico e ACS: Início das reuniões quinzenais para discussão dos temas pré-definidos.</p> <p>3. JANEIRO/2016-INDEFINIDAMENTE:</p> <p>a. Médico e ACS: Discussões quinzenais com temas abordados a partir dos problemas trazidos pelos ACS.</p>
<p><b>Gestão, Acompanhamento e Avaliação</b></p>	<p><b>Médico</b></p> <p>1. Pesquisa de satisfação dos ACS com as reuniões e com o cuidado prestado ao hipertenso (questionário próprio – <b>ANEXOS – Tabela 5</b>)</p>



**QUADRO 2 – Operações sobre o “nó crítico 2 – Inadequado conhecimento dos hipertensos acerca da HAS”, “nó crítico 3 – Pouco estímulo ao tratamento compartilhado entre equipe e usuário”, “nó crítico 4 – Hábitos de vida inadequados dos hipertensos” e “nó crítico 5 – Inexistência de prática educativa rotineira aos hipertensos por parte dos médicos em suas consultas” na população sob responsabilidade da ESF Santo Antônio, em Ponte Nova–MG**

<b>Nós Críticos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Baixo conhecimento dos hipertensos sobre sua doença;</li> <li>3. Pouco estímulo ao tratamento compartilhado entre equipe e usuário;</li> <li>4. Hábitos de vida inadequados dos hipertensos;</li> <li>5. Inexistência de prática educativa rotineira aos hipertensos por parte dos médicos em suas consultas.</li> </ol>
<b>Operação</b>	Informar os usuários hipertensos sobre sua doença, esclarecer dúvidas sobre hábitos de vida saudáveis, autocuidado e sobre o uso regular e adequado dos medicamentos
<b>Projeto</b>	Programa de Educação em Saúde em HAS e Promoção da Saúde ao hipertenso
<b>Resultados Esperados</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melhorar o conhecimento dos hipertensos sobre sua doença e sobre os cuidados que devem dispensar à mesma;</li> <li>2. Melhorar a qualidade de vida e estimular a adesão medicamentosa;</li> <li>3. Obter do paciente a sua contribuição para o tratamento, através do estímulo ao autocuidado e de sua participação no tratamento e na prevenção de complicações da HAS;</li> <li>4. Alertar os problemas relacionados a vícios e hábitos de vida inadequados, desencorajando a sua prática;</li> <li>5. Estimular dieta, atividades físicas e atitudes saudáveis;</li> <li>6. Possibilitar melhora da qualidade da assistência à saúde dos hipertensos adscritos;</li> <li>7. Estimular hábitos de vida saudáveis aos indivíduos e às suas famílias;</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Colher dados objetivos que permitam uma análise científica futuramente, após submissão ao Comitê de Ética;</li> <li>9. Fortalecer o vínculo entre a equipe, em particular o médico, e os pacientes portadores de HAS;</li> <li>10. Facilitar a comunicação a equipe e o paciente;</li> <li>11. Diminuir as dúvidas dos pacientes sobre o autocuidado, realização de hábitos de vida saudáveis;</li> <li>12. Permitir benefícios na qualidade de vida dos hipertensos.</li> </ol>
<p><b>Produtos Esperados</b></p>	<p><b>Enfermeiro/estagiários de Enfermagem</b></p> <p>Em cada consulta de enfermagem:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estimular e acompanhar mudanças no hábito alimentar do paciente, esclarecendo as devidas mudanças a serem feitas;</li> <li>2. Questionar o paciente sobre hábitos de vida praticados pelo mesmo, estimulando os saudáveis e esclarecendo sobre os malefícios dos não saudáveis;</li> <li>3. Estimular e acompanhar o hábito de atividades físicas praticadas pelo paciente;</li> <li>4. Guardar as informações junto ao prontuário de cada paciente.</li> </ol> <p><b>Médico</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Em cada consulta ou visita médica domiciliar: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Acolher o paciente com HAS com gentileza e ouvir atentamente suas queixas e dúvidas;</li> <li>b. Estimular a prática de exercícios regulares e dieta adequada, dentro das possibilidades de cada pessoa;</li> <li>c. Perguntar como ingere cada medicamento anti-hipertensivo e outros, permitindo o livre discurso, orientando de maneira compreensível o uso correto de suas medicações;</li> <li>d. Indagar acerca de seu conhecimento sobre as possíveis complicações da HAS, fornecendo informações sobre a identificação precoce das</li> </ol> </li> </ol>

	<p>mesmas e como deve procurar ajuda;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>e. Pesquisar sinais e sintomas de complicações ainda assintomáticas e proceder a conduta apropriada;</li> <li>f. Selecionar os exames periódicos necessários a cada caso e solicitá-los;</li> <li>g. Verificar como as comorbidades estão sendo controladas;</li> <li>h. Identificar os casos que necessitam de assistência especializada e/ou hospitalar;</li> <li>i. Perceber e conduzir adequadamente as urgências relacionadas ou não à HAS;</li> <li>j. Estabelecer a frequência de realização de consultas de revisão de acordo com cada caso;</li> <li>k. Permitir que o usuário exponha suas dúvidas livremente.</li> </ul>
<p><b>Atores sociais / responsabilidades</b></p>	<p><b>População de hipertensos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expor suas dúvidas diante da HAS (cuidados com dieta, ingestão alcoólica, tabagismo, uso correto das medicações, necessidade de consultas médicas regulares, dentre outras);</li> <li>2. Discutir junto à médico, e demais membros da equipe, sobre o tratamento mais adequado ao seu caso;</li> <li>3. Comunicar a equipe em caso de aparecimento de sintomas de agravamento de sua doença;</li> <li>4. Buscar estimular, entre os membros de sua família, hábitos saudáveis de vida.</li> </ol> <p><b>Médico:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplicar ficha específica em cada consulta (<b>ANEXOS – Tabelas 6 e 7</b>);</li> <li>2. Incorporar ao prontuário do paciente tais questionários.</li> </ol> <p><b>Toda a equipe</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pesquisar e se atualizar continuamente em literatura</li> </ol>

	<p>médica reconhecida os temas relacionados à HAS e ao cuidado ao hipertenso;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Aconselhar e apoiar em casos de dificuldade para adquirir medicamentos, seguir dieta ou realizar exercícios;</li> <li>3. Disponibilizar materiais informativos (ex. folders) aos hipertensos, abordando temas relacionados;</li> <li>4. Constatar a presença de problemas na relação médico-paciente, equipe-paciente ou família-paciente, passíveis de atuação e buscar ajuda junto ao restante da equipe ou a outros órgãos, no sentido de solucioná-los;</li> <li>5. Ter a capacidade de problematizar o seu processo de trabalho;</li> <li>6. Ser capaz de modificar sua conduta, de forma ética, sempre que houver tal necessidade.</li> </ol>
<b>Recursos Necessários / Críticos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Financeiros:</b> Recursos para aquisição de material para folders;</li> <li>2. <b>Organizacionais:</b> Consultório médico; demais espaços da UBS e o domicílio do paciente (em caso de visitas domiciliares);</li> <li>3. <b>Políticos:</b> Envolvimento dos hipertensos sobre a importância de sua colaboração no próprio tratamento e da prática de hábitos saudáveis e do seguimento das orientações médicas e de toda a equipe.</li> </ol>
<b>Controle dos Recursos Críticos / Viabilidade</b>	Recursos já disponíveis na UBS ou a cargo do médico
<b>Ação Estratégica de Motivação</b>	Tornar rotina médica a abordagem ampla nas consultas e avaliações do hipertenso, dando maior espaço para que esse exponha suas dúvidas, estimulando o fortalecimento da relação entre médico/equipe e pacientes. Os hipertensos foram consultados e esclarecidos sobre as propostas envolvidos no presente projeto.
<b>Cronograma / Prazo</b>	SETEMBRO/2015 – INDEFINIDAMENTE:

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplicação dos questionários e anexação dos mesmos aos respectivos prontuários;</li> <li>2. Pesquisar resultados das intervenções semestralmente.</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>Gestão, Acompanhamento e Avaliação</b></p>	<p><b>Médico</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pesquisa de satisfação dos hipertensos com as consultas padronizadas e com as alterações em seu cuidado após início das mesmas (questionário próprio – <b>ANEXOS – Tabela 8</b>)</li> </ol>

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar de diversas dificuldades enfrentadas ainda hoje, mesmo com mais de uma década da implantação da Estratégia de Saúde da Família em Ponte Nova – MG, certos problemas ainda são passíveis de modificações, no sentido de melhoria da atenção à saúde dos assistidos.

Na ESF Santo Antônio, em Ponte Nova, onde, por dados do SIAB, se verifica a HAS como a doença crônica mais prevalente, é notório desconhecimento por parte dos ACS sobre a abordagem dos indivíduos acometidos. Ademais, os próprios hipertensos, muito comumente, desconhecem aspectos básicos de sua doença e de seu tratamento, além de praticarem, com frequência preocupante, hábitos de vida inadequados.

Buscou-se, com essa intervenção, fortalecer o vínculo entre a equipe de saúde e os hipertensos. Usou-se como estratégias: a instituição de um projeto de Educação Permanente, voltado aos ACS e a prática de consultas médicas e de enfermagem padronizadas e com objetivo pedagógico aos portadores de HAS.

Espera-se que, com essas medidas, haja progressos no conhecimento dos ACS sobre o cuidado do hipertenso, na adesão medicamentosa e autocuidado dos pacientes, na consolidação do elo entre a equipe e os usuários com HAS, além de aumentar a prática de atividades saudáveis na população. Um objetivo secundário é fornecer dados para análises científicas posteriores.

## REFERÊNCIAS

1. IBGE, 2006. Censo Agropecuário de 2006. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados referentes ao município de Ponte Nova. [Acesso em 13 mai 2015]. Disponíveis em: <<http://cod.ibge.gov.br/41ESJ>>.
2. IBGE, 2006. Censo Agropecuário de 2006. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados referentes ao município de Ponte Nova. [Acesso em 13 mai 2015]. Disponíveis em: <<http://cod.ibge.gov.br/3MWC1>>.
3. IBGE, 2006. Censo Agropecuário de 2006. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados referentes ao município de Ponte Nova. [Acesso em 13 mai 2015]. Disponíveis em: <<http://cod.ibge.gov.br/1OQOC>>.
4. IBGE, 2006. Censo Agropecuário de 2006. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados referentes ao município de Ponte Nova. [Acesso em 13 mai 2015]. Disponíveis em: <<http://cod.ibge.gov.br/50S3X>>.
5. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de saúde. [Acesso em 17 mai 2015]. Disponível em: <[www.fns.gov.br/visao/consultarPagamento/pesquisaSimplificadaEntidade.jsf](http://www.fns.gov.br/visao/consultarPagamento/pesquisaSimplificadaEntidade.jsf)>.
6. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. [Acesso em 13 jun 2015]. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>>.
7. Willians, B. The Year in Hypertension. *J Am Coll Cardiol*. 2010; 55(1):66-73.
8. The Seventh Report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. *JAMA*. 2003; 289:2560-72.
9. World Healthy Organization. Preventing chronic disease: a vital investment. Geneva: WHO; 2005.
10. Magalhães, MEC, Brandão, AA, Pozzan, R, Campana, EMG, Fonseca, FL, Pizzi, OL, Brandão, AP. Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? *Rev Bras Hipertens* vol.17(2):93-97, Rio de Janeiro, RJ, 2010.

11. Costa Neto, MM. da. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Educação Permanente. Cad. 3. 1ª ed. Brasília; 2000.
12. Feuerwerker, L. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. Cadernos CE. 2001 Dez; 2 (4): 11-23.
13. Tavares, CMM. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.15, n.2, p.287 – 95, abril/jun. 2006.
14. Jaeger, ML. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: Pólos de Educação Permanente / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2004. 68p.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Portaria nº 648, de 28/03/2006 – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006a, v. 4).
16. Hamamura, AC *et al.* Educação em saúde com usuários hipertensos: integralidade no cuidado. Projeto de extensão e Pesquisa PET-saúde. Marília; 2009. 11p.
17. Campos, GWS. Saúde paidéia. São Paulo: HUCITEC, 2003. 185p.
18. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Políticas de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília; 2003.
19. Oliveira, TL, Miranda, LP, Fernandes, PS, Caldeira, AP. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Acta Paul Enferm. 2013; 26(2):179-84.
20. Appel, LJ, Brands, MW, Daniels, SR, Karanja, N, Elmer, PJ, Sacks, FM. Dietary approaches to prevent and treat hypertension. Hypertension. 2006;47:296-308.
21. Krousel-wood, MA *et al.* Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the Cohort Study of Medication Adherence Among Older Adults (CoSMO). Med Clin North Am. 2009; 93(3):753-69.



## ANEXOS

### 1. Tabela 1. Equipes de Saúde da Família em Ponte Nova - MG

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB  
Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal  
Unidade Geográfica: Município - PONTE NOVA/MG  
Competência: Abril de 2015 a Maio de 2015

Ano	Mês	População	Equipe de Saúde da Família					Equipe de Saúde Bucal		
			Teto	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada	Modalidade I	
2015	04	57.706	29	13	13	13	44.850	77,72	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	10

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Obs: A *Nota Técnica* contém informações a respeito da origem dos dados e a descrição detalhada dos campos utilizados.

### 2. Tabela 2. Agentes Comunitários de Saúde em Ponte Nova - MG

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB  
Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal  
Unidade Geográfica: Município - PONTE NOVA/MG  
Competência: Abril de 2015 a Maio de 2015

Ano	Mês	População	Agentes Comunitários de Saúde					Equipe de Saúde Bucal		
			Teto	Credenciados pelo Ministério da Saúde	Cadastrados no Sistema	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada	Modalidade I	
2015	04	57.706	144	91	89	89	51.175	88,68	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	10

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Obs: A *Nota Técnica* contém informações a respeito da origem dos dados e a descrição detalhada dos campos utilizados.

### 3. Tabela 3. Equipe de Saúde Bucal em Ponte Nova - MG

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB  
Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal  
Unidade Geográfica: Município - PONTE NOVA/MG  
Competência: Abril de 2015 a Maio de 2015

Ano	Mês	População	Equipe de Saúde Bucal					
			Modalidade I			Modalidade II		
			Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas
2015	04	57.706	10	12	10	3	0	0

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Obs: A *Nota Técnica* contém informações a respeito da origem dos dados e a descrição detalhada dos campos utilizados.

### 4. Tabela 4. Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) em Ponte Nova - MG

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB  
Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal  
Unidade Geográfica: Município - PONTE NOVA/MG  
Competência: Abril de 2015 a Maio de 2015

Ano	Mês	População	Equipe de Saúde Bucal	Núcleo de Apoio à Saúde da Família									
			Modalidade I	Nasf Tipo 1				Nasf Tipo 2			Nasf Tipo 3		
			Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	
2015	04	57.706	10	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Obs: A *Nota Técnica* contém informações a respeito da origem dos dados e a descrição detalhada dos campos utilizados.

## 5. Tabela 5. Pesquisa de satisfação dos ACS

<b>Temas abordados nas reuniões</b>	<input type="checkbox"/> insatisfeito <input type="checkbox"/> satisfeito <input type="checkbox"/> muito satisfeito
<b>Contribuição das reuniões para o conhecimento individual</b>	<input type="checkbox"/> insatisfeito <input type="checkbox"/> satisfeito <input type="checkbox"/> muito satisfeito
<b>Auxílio das reuniões para o desempenho coletivo</b>	<input type="checkbox"/> insatisfeito <input type="checkbox"/> satisfeito <input type="checkbox"/> muito satisfeito
<b>Reforço da sua atuação junto aos hipertensos</b>	<input type="checkbox"/> insatisfeito <input type="checkbox"/> satisfeito <input type="checkbox"/> muito satisfeito
<b>Melhora do autocuidado do paciente</b>	<input type="checkbox"/> insatisfeito <input type="checkbox"/> satisfeito <input type="checkbox"/> muito satisfeito
<b>Melhora dos hábitos de vida dos portadores de HAS</b>	<input type="checkbox"/> insatisfeito <input type="checkbox"/> satisfeito <input type="checkbox"/> muito satisfeito
<b>Melhora da adesão medicamentosa</b>	<input type="checkbox"/> insatisfeito <input type="checkbox"/> satisfeito <input type="checkbox"/> muito satisfeito
<b>Diminuição de dúvidas dos indivíduos sobre sua doença</b>	<input type="checkbox"/> insatisfeito <input type="checkbox"/> satisfeito <input type="checkbox"/> muito satisfeito

6. Tabela 6. Questionário a ser aplicado na primeira consulta ao hipertenso

<b>Diário alimentar</b>	Café: Lanche da manhã: Almoço: Lanche da tarde: Jantar: Seia:
<b>Atividades físicas</b>	Quantas vezes por semana: Duração: Tipo de atividade:
<b>Medicamentos em uso</b>	<p><b>Medicamento 1:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Horários:</li> <li>2. Evento adverso importante: ( ) sim ( ) não. Qual?</li> <li>3. Adesão relatada: ( ) sim ( ) não</li> </ol> <p><b>Medicamento 2:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Horários:</li> <li>2. Evento adverso importante: ( ) sim ( ) não. Qual?</li> <li>3. Adesão relatada: ( ) sim ( ) não</li> </ol> <p><b>Medicamento 3:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Horários:</li> <li>2. Evento adverso importante: ( ) sim ( ) não. Qual?</li> <li>3. Adesão relatada: ( ) sim ( ) não</li> </ol> <p><b>Medicamento 4:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Horários:</li> <li>2. Evento adverso importante: ( ) sim ( ) não. Qual?</li> <li>3. Adesão relatada: ( ) sim ( ) não</li> </ol> <p><b>Medicamento 5:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Horários:</li> <li>2. Evento adverso importante: ( ) sim ( ) não. Qual?</li> <li>3. Adesão relatada: ( ) sim ( ) não</li> </ol> <p><b>Medicamento 6:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Horários:</li> <li>2. Evento adverso importante: ( ) sim ( ) não. Qual?</li> <li>3. Adesão relatada: ( ) sim ( ) não</li> </ol> <p><b>Medicamento 7:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Horários:</li> <li>2. Evento adverso importante: ( ) sim ( ) não. Qual?</li> <li>3. Adesão relatada: ( ) sim ( ) não</li> </ol>
<b>Controle da PA</b>	( ) mais que diário ( ) diário ( ) semanal ( ) quinzenal ( ) mensal ( ) não controla ou o faz em frequência menor do que mensal
<b>Tabagismo</b>	( ) sim ( ) não
<b>Etilismo</b>	( ) sim ( ) não
<b>Comorbidades</b>	( ) DM tipo 2 ( ) dislipidemia ( ) sobrepeso ou obesidade ( ) Aterosclerose ( ) Outra (s): _____
<b>Eventos agudos graves</b>	( ) IAM ( ) AVE ( ) TEP ( ) Edema Agudo de pulmão ( ) Outro(s): _____
<b>Dúvidas atuais</b>	

**7. Tabela 7. Questionário a ser aplicado aos hipertensos nas consultas subsequentes à primeira**

<b>Diário alimentar</b>	Café: Lanche da manhã: Almoço: Lanche da tarde: Jantar: Seia:
<b>Atividades físicas</b>	Quantas vezes por semana: Duração: Tipo de atividade:
<b>Modificações nos medicamentos em uso</b>	<b>Medicamento modificado 1:</b> 4. Horários: 5. Evento adverso importante: ( ) sim ( ) não. Qual? 6. Adesão relatada: ( ) sim ( ) não <b>Medicamento modificado 2:</b> 4. Horários: 5. Evento adverso importante: ( ) sim ( ) não. Qual? 6. Adesão relatada: ( ) sim ( ) não <b>Medicamento modificado 3:</b> 4. Horários: 5. Evento adverso importante: ( ) sim ( ) não. Qual? 6. Adesão relatada: ( ) sim ( ) não <b>Medicamento modificado 4:</b> 4. Horários: 5. Evento adverso importante: ( ) sim ( ) não. Qual? 6. Adesão relatada: ( ) sim ( ) não
<b>Controle da PA</b>	( ) mais que diário ( ) diário ( ) semanal ( ) quinzenal ( ) mensal ( ) não controla ou o faz em frequência menor do que mensal
<b>Tabagismo</b>	( ) sim ( ) não
<b>Etilismo</b>	( ) sim ( ) não
<b>Dúvidas atuais</b>	

**8. Tabela 8. Pesquisa de satisfação dos usuários com a implantação de consultas padronizadas**

<b>Atenção prestada pelo médico</b>	( ) insatisfeito ( ) satisfeito ( ) muito satisfeito
<b>Contribuição das consultas e materiais disponibilizados pelo médico para o diminuir as dúvidas relacionadas à HAS</b>	( ) insatisfeito ( ) satisfeito ( ) muito satisfeito
<b>Auxílio das consultas para o autocuidado</b>	( ) insatisfeito ( ) satisfeito ( ) muito satisfeito
<b>Progressão na adesão a dieta adequada</b>	( ) insatisfeito ( ) satisfeito ( ) muito satisfeito
<b>Progressão na adesão a atividade física regular</b>	( ) insatisfeito ( ) satisfeito ( ) muito satisfeito
<b>Impacto das consultas na diminuição e cessação do tabagismo</b>	( ) insatisfeito ( ) satisfeito ( ) muito satisfeito
<b>Impacto das consultas na diminuição e cessação do etilismo</b>	( ) insatisfeito ( ) satisfeito ( ) muito satisfeito
<b>Contribuição para melhorar a adesão medicamentosa</b>	( ) insatisfeito ( ) satisfeito ( ) muito satisfeito
<b>Auxílio das consultas para melhorar a relação entre médico (equipe) e paciente</b>	( ) insatisfeito ( ) satisfeito ( ) muito satisfeito