

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARCO AURÉLIO SANTOS SOARES

**IMPLANTAÇÃO DE GRUPO OPERATIVO PARA CONTROLE DA
PRESSÃO ARTERIAL DE PACIENTES HIPERTENSOS**

UBERABA/MINAS GERAIS
2015

MARCO AURÉLIO SANTOS SOARES

**IMPLANTAÇÃO DE GRUPO OPERATIVO PARA CONTROLE DA
PRESSÃO ARTERIAL DE PACIENTES HIPERTENSOS**

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

Orientadora: Profa. Ms. Nathália Silva Gomes

UBERABA/MINAS GERAIS
2015

MARCO AURÉLIO SANTOS SOARES

**IMPLANTAÇÃO DE GRUPO OPERATIVO PARA CONTROLE DE
PACIENTES HIPERTENSOS**

Aprovado em 13 de Março de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Enfa. Ms. Nathália Silva Gomes - Orientador
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Ms Sara Franco Diniz Heitor
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UBERABA/MINAS GERAIS
2015

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é definida pela manutenção de altos níveis de pressão arterial. O controle está diretamente relacionado às mudanças comportamentais e essas ao autocuidado. Diante desta realidade, objetivou-se implantar grupo operativo visando manter o controle dos níveis pressóricos da população adscrita à Unidade Básica de Saúde doutora Margareth Faleiros Resende, em Monte Carmelo. O plano de intervenção foi realizado em três etapas: o diagnóstico situacional em saúde; a revisão de literatura sistemática utilizando-se os descritores: hipertensão arterial, grupos operativos e adesão ao tratamento antihipertensivo e a elaboração do plano de ação que teve como referência os dez passos propostos no Planejamento Estratégico Situacional. Os principais objetivos do plano de intervenção foram o de propor a implantação do grupo operativo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica, identificar fatores que possam interferir na adesão ao tratamento, diminuindo ou solucionando a morbimortalidade associada à hipertensão não controlada dos pacientes da unidade em questão e verificar se os resultados atingidos justificam os gastos materiais e humanos envolvidos. Através da aplicação do plano de intervenção, concluiu-se que a organização e a capacitação da equipe são os pontos chaves para a implantação do grupo, visto que a capacidade de condução do grupo operativo define sua efetividade enquanto suporte terapêutico. O fortalecimento dos vínculos entre equipe de saúde e a população alvo constituiu-se como aspecto crucial para a efetivação dos grupos, e, conseqüentemente, para a ampliação da rede de apoio social; dessa forma, promovendo os pacientes a sujeitos ativos do próprio cuidado.

Palavras-chave: Grupos operativos; Hipertensão arterial; Adesão ao tratamento antihipertensivo.

ABSTRACT

Hypertension is defined by maintaining high levels of blood pressure. The control is directly related to behavioral changes and these to self-care. Face of this reality, aimed to deploy operative group to maintain control of blood pressure levels of the enrolled population Basic Unit Health Dr. Margaret Faleiros Resende, Monte Carmelo. The contingency plan was carried out in three steps: the situational diagnosis in health; systematic literature review using the key words: hypertension, operative groups and adherence to antihypertensive treatment and the preparation of the action plan that had reference to the ten steps proposed in the Situational Strategic Planning. The main objectives of the intervention plan were to propose the operative group deployment on Hypertension, identify factors that may interfere with treatment adherence, reducing or solving the morbidity and mortality associated with uncontrolled hypertension patients of Unit concerned, and the results achieved justify the material and human costs involved. By applying the intervention plan was concluded that the organization and team training are the key points for the group's deployment, as the operative group of driving ability defines its effectiveness as a therapeutic support. The strengthening of the links between health team and the target population is constituted as critical to the realization of groups, and thus to the expansion of the network of social support; thus promoting patients subject of careful own assets.

Keywords: Operative groups, Hypertension, adherence to antihypertensive treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitárias de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente vascular encefálico
BDENF	Banco de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DCV	Doenças cardiovasculares
Dra	Doutora
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
H	Hora
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Km	Quilômetros
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
mmHg	Milímetros de mercúrio
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Pressão arterial
PAD	Pressão arterial diastólica
PAS	Pressão arterial sistólica
PFP	Programa Farmácia Popular
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Percentual de cobertura populacional e número de equipes da ESF anualmente. Monte Carmelo, 2014.....	15
Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional dos pacientes adscritos pela Unidade Básica de Saúde Dra. Margareth Faleiros Resende. Monte Carmelo, 2014.	25
Quadro 2 – Desenho das operações para os “nós críticos”	26
Quadro 3 – Plano operativo do projeto.....	27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO	13
1.2 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO	14
1.2.1 Aspectos geográficos e socioeconômicos	14
1.2.2 Sistema local de saúde	14
1.2.3 Território e área de abrangência	15
1.3 A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	16
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	18
3.1 OBJETIVO GERAL	18
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO DA LITERATURA	21
5.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	21
5.2 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E OS GRUPOS OPERATIVOS.....	22
5.3 ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIHIPERTENSIVO	23
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	25
6.1 O PLANO DE AÇÃO	25
6.1.1 Principais problemas identificados	25
6.1.2 Descrição do problema elencado	25
6.1.3 Desenho das operações	26
6.1.4 Indicadores de monitoramento e avaliação	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE 1 - Ficha para estratificação de risco cardiovascular e acompanhamento de pacientes hipertensos	32
APÊNDICE 2 - Agenda programada instituída na unidade	33

1 INTRODUÇÃO

Monte Carmelo é uma cidade que possui 45.772 habitantes, situada na região do Alto Paranaíba no estado de Minas Gerais, distante 500 quilômetros (km) da capital, Belo Horizonte. Tem como prefeito o senhor Fausto Reis Nogueira, como Secretária Municipal de Saúde, Ismelinda Maria Diniz Mendes Souza e como Coordenadora da Atenção Básica, Mara Cristina França Chagas (IBGE, 2010).

1.1 HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO

Segundo levantamento histórico realizado por Ribeiro e Márques (2012), a região era habitada por índios das tribos Caiapós e Araxás, conforme provas encontradas em diversos lugares, tais como: machados de pedra, potes, roletes, etc.

No início da década de 1840, moradores de São João Del Rei e Itapeçerica formaram os primeiros movimentos que deram origem ao povoado, estes moradores vieram para a região, atraídos pela descoberta de garimpos diamantíferos, em Estrela do Sul. Cidade esta, que na época se chamava Bagagem. Por causa do ambiente dos garimpos, pouco recomendado para famílias, os garimpeiros deixavam suas esposas no povoado que estava se formando, onde havia um bom clima e água de qualidade. Estas pessoas se instalaram às margens do Córrego Mumbuca, onde é hoje o bairro Tamboril (RIBEIRO; MÁRQUES, 2012).

Nas vizinhanças desse povoado havia a fazenda de Dona Clara Chaves, esta doou um terreno de seis quilômetros quadrados aos moradores, para que em contrapartida, construíssem uma capela para Nossa Senhora do Carmo, de quem era devota. Nesta área, onde hoje é a Praça da Matriz, os moradores fizeram suas casas em torno da primeira Igreja e assim formou-se o Arraial do Carmo da Bagagem (RIBEIRO; MÁRQUES, 2012).

Em 1882, o Arraial foi elevado à categoria de Vila, passando a chamar-se Nossa Senhora do Carmo da Bagagem. Em 1892, a Vila é elevada à categoria de cidade e em 1900, a cidade passou a denominar-se Monte Carmelo, cujo nome possui origem em duas vertentes: (1) na semelhança do monte existente na região com o Monte Carmelo existente no litoral de Israel; (2) devido à padroeira da cidade Nossa Senhora do Carmo, em alusão à sede da Congregação das Carmelitas (RIBEIRO; MÁRQUES, 2012).

Logo depois, ao fim da extração diamantífera, houve uma grande e crescente emigração, o que desestabilizou todo o fluxo econômico da cidade. Anos após, em meados de

1920, uma nova linha econômica começou a se instalar na cidade: as indústrias de cerâmicas e a agropecuária (ACEMC, 2005).

As cerâmicas de tijolos e de telhas tiveram, então, expansão até a década de 1990, impulsionadas pela grande demanda de seus produtos através da construção de Brasília na década de 1950 e as políticas habitacionais a partir dos anos 1970 (GONTIJO, 2007).

No entanto, nos dias atuais, a economia passou a ser dominada pelo setor agropecuário, com destaque as áreas propícias ao cultivo de café, de soja e de feijão. Além disso, os setores de serviços, de comércio e de educação foram progressivamente se fortalecendo, sendo hoje, referencial para as cidades vizinhas (RIBEIRO; MÁRQUES, 2012).

1.2 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO

1.2.1 Aspectos geográficos e socioeconômicos

O município possui uma área total de 1.343 km², com uma concentração habitacional de 34 habitantes/km², com aproximadamente 14.942 famílias habitando 13.451 domicílios cadastrados no município (IBGE, 2010).

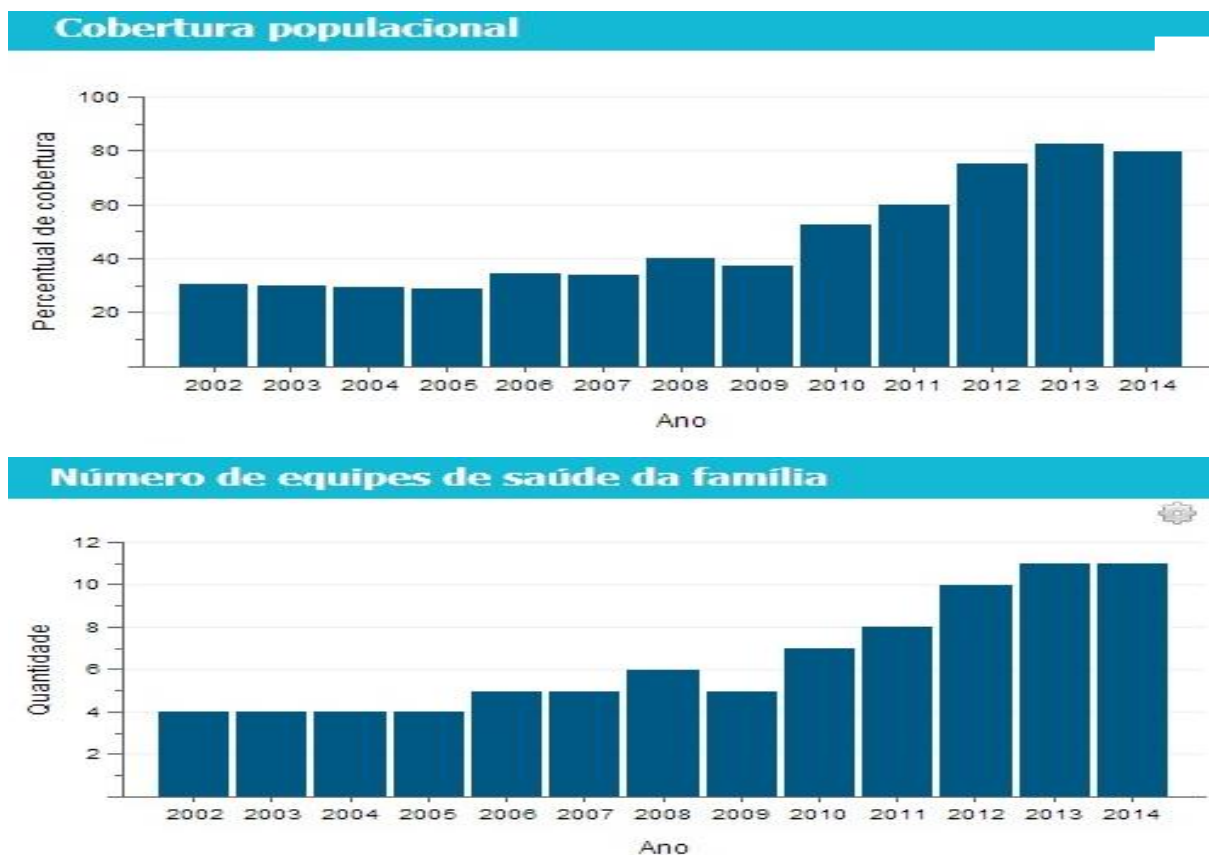
A cidade possui atualmente Índice de Desenvolvimento Humano mediano (0,768) e taxa de urbanização de 87,6%. Cerca de 88% dos moradores possuem rede de abastecimento de água tratada e 94,8% possuem recolhimento de esgoto por rede pública (IBGE, 2010).

1.2.2 Sistema local de saúde

Em Monte Carmelo, o Conselho Municipal de Saúde é composto por 22 integrantes, sendo eles representantes da Secretaria Municipal de Saúde, do Hospital Santa Terezinha, do Hospital Virgílio Rosa, da Associação dos Deficientes, do Asilo São Vicente, do Lar dos Idosos e da população. As reuniões são mensais, ocorrendo na segunda quarta-feira de cada mês.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta atualmente por 11 equipes, abrangendo uma cobertura de 80% da população (SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA, 2014). Nos últimos dez anos este vêm apresentando cobertura populacional crescente como observado na figura 1.

Figura 1 – Percentual de cobertura populacional e número de equipes da ESF anualmente. Monte Carmelo, 2014.



Fonte: SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA, 2014.

O município conta também com duas equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), uma Academia em Saúde, uma equipe Melhor em Casa, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Residência terapêutica feminina e masculina e um Centro de Especialidades Odontológicas.

Há um sistema próprio na cidade para referência a diversas especialidades que atendem a demanda na Policlínica Central. Dentre elas, destacam-se: cardiologia, ortopedia, psiquiatria, nutrição, cirurgia geral, gastroenterologia, angiologia e neurologia. Casos de maior complexidade ou que requeiram especialistas não existentes na cidade são referenciados ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, situado a cerca de 100 km de Monte Carmelo.

1.2.3 Território e área de abrangência

A população adscrita à Unidade Básica de Saúde (UBS) doutora (dra) Margareth Faleiros Resende envolve a totalidade dos bairros Sidônio Cardoso e Santo Agostinho, e

parcialmente os bairros Santa Rita e Lambari. Os bairros englobados possuem serviços de água encanada, captação de esgoto, coleta de lixo, luz elétrica e telefonia. Neles, habitam 649 famílias num total de 2.202 habitantes. Por ser uma unidade relativamente nova (inaugurada em abril de 2011), apenas parte da população de abrangência possui cadastro completo (DATASUS, 2014).

A população de abrangência é relativamente homogênea, por ser uma região de pessoas carentes em sua maioria. Sendo que o bairro Sidônio Cardoso (onde a unidade se situa) e Santo Agostinho são bairros planejados e construídos para moradia popular.

A população possui um alto índice de desemprego e, atualmente, é a região com maior índice de criminalidade e de tráfico de drogas da cidade. A principal ocupação empregatícia fica por conta de colheita de café, que ocorre nos meses de maio a agosto, e cargos na linha de produção nas cerâmicas da cidade, além de serviços gerais e comércio local. A maioria da população empregada é do sexo masculino.

A comunidade não conta com outros recursos da área da saúde (hospitais, clínicas, laboratórios), possui apenas uma creche e uma escola municipal, localizada no bairro vizinho.

1.3 A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A unidade situa-se na região central do bairro, na avenida Ana Rosa Cardoso, S/N. Funciona de 07h às 17h de segunda a sexta-feira. Possui uma equipe de saúde da família completa, sendo composta por: seis Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), duas técnicas em Enfermagem, um Enfermeiro, um Médico, um Cirurgião Dentista, um Auxiliar de Saúde Bucal e um Auxiliar de Limpeza. Todos exercendo 40 horas semanais, com exceção do médico, que exerce 32 horas semanais.

A unidade possui o desenho padrão preconizado pelo Ministério da Saúde. Possui uma recepção com televisor 42” e 20 cadeiras para os usuários; sala de armazenamento de prontuários; sala para dispensação de medicamentos (inativa); dois banheiros para usuários, sendo um feminino e um masculino; sala de vacinação climatizada; sala para curativos e pequenos procedimentos; consultório odontológico; consultório médico; consultório de enfermagem onde se realiza triagem e coleta de citopatologia do colo uterino; sala de observação e de aplicação de medicamentos; dois vestiários para funcionários; sala de esterilização; cozinha; sala de reuniões com 30 cadeiras; sala dos ACS's e almoxarifado.

2 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista o papel das doenças cardiovasculares como causa de morbimortalidade e as limitações que estas provocam, foi escolhido o controle dos níveis pressóricos como foco central da intervenção. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV), com destaque para o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), as duas maiores causas de mortes no país, isoladamente.

Muito já se avançou no controle dessa patologia com a implantação da Atenção Primária a Saúde, de serviços de análise clínica gratuita e da dispensação de medicamentos gratuitos pelo Programa Farmácia Popular (PFP). Mesmo diante desses, ainda observam-se grande número de pacientes com controle insatisfatório de seus alvos. Muitas são as justificativas para esses problemas e são percebidos na própria vida diária da unidade.

O uso irregular da medicação talvez seja o principal deles. Muitos pacientes acreditam que o uso deve ocorrer apenas até o controle dos níveis pressóricos e cessam espontaneamente após atingir seu alvo. A dificuldade de compreensão também é um grande problema, devido ao próprio nível intelectual dessas pessoas ou ao pouco tempo despendido nas consultas médicas.

Em relação às medidas comportamentais, também existe grande dificuldade em relação à aderência. Muitos queixam de falta de tempo para prática de atividade física ou a fazem de maneira incorreta por falta de orientação. Outros têm dificuldades em conseguir seguir uma dieta balanceada, podendo ser por falta de informação ou mesmo por dificuldades em adquirir esses alimentos, já que os produtos mais baratos da mesa do brasileiro são justamente os ricos em carboidratos como batata, mandioca, arroz, etc.

Como foi visto, excetuando-se o custo da medicação que hoje possui gratuidade em vários anti-hipertensivos através do PFP, todos os demais são passíveis de intervenção. E propor tais medidas de intervenção, será um dos objetivos da realização do grupo operativo que será criado para o controle dos pacientes com hipertensão que frequentam a UBS supracitada.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Propor a implantação de grupo operativo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover a educação em saúde para os pacientes hipertensos;
- Identificar fatores que possam interferir na adesão ao tratamento;
- Verificar se os resultados atingidos justificam os gastos materiais e humanos envolvidos;
- Solucionar ou amenizar a morbimortalidade associada à hipertensão não controlada dos pacientes da Unidade Básica de Saúde Dra. Margareth Faleiros Resende.

4 METODOLOGIA

Para realização deste estudo, foi acordada na unidade, a realização/criação de um grupo operativo para controle da HAS todas as segundas-feiras no período vespertino, pois acredita-se que nesta data e horário haverá maior participação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta ocasião, será realizada uma breve palestra pelo médico, enfermeiro e/ou nutricionista do NASF, seguido de aferição da pressão arterial (PA) e dos dados antropométricos dos participantes.

Acrescido a isto, haverá debates sobre temas pertinentes à HAS, a fim de se esclarecer possíveis dúvidas dos pacientes e dos outros profissionais de saúde que poderão passar a atuar no grupo; haverá a criação de uma planilha para acompanhar e estratificar o risco cardiovascular dos pacientes que estiverem participando do grupo; e também será realizada a renovação das receitas dos medicamentos em uso pelos participantes. Por fim, os hipertensos participantes que estiverem com a PA descompensada serão encaminhados, em tempo hábil, para realização de consulta médica que avaliará possíveis intervenções medicamentosas ou não.

Realizar-se-á também, levantamento de dados relevantes à realidade do município a partir do banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do site eletrônico DATASUS (sistema de informação de atenção básica) e do site da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). Será realizada uma busca sistematizada na literatura, utilizando sites de busca, como: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), edições do Ministério da Saúde, entre outros.

A busca será guiada utilizando-se os descritores: hipertensão arterial, grupos operativos e adesão ao tratamento antihipertensivo. O período de busca será de publicações entre 2006 e 2014, pois artigos que abrangem os descritores propostos, em geral, são datados a partir de 2006 em sua maioria (BARBOSA; LIMA, 2006; BLOCK et al, 2008). Legislações e outras publicações básicas anteriores ao período de busca também poderão vir a serem utilizadas. Por fim, as informações que estiverem contidas nos artigos e os dados obtidos do diagnóstico situacional servirão de base para o desenvolvimento do plano de ação.

Os dados utilizados na realização do diagnóstico situacional serão utilizados na construção do plano de ação do Projeto de Intervenção, tendo como referência os dez passos propostos no Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e que nortearam todo o processo, sendo eles:

- a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências);
- b) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto a dimensão do problema e sua quantificação);
- d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importantes a serem enfrentadas);
- f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- g) Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);
- i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a HAS é uma manifestação clínica causada por vários fatores e que é definida pela manutenção de altos níveis de PA. Pode ser associada, frequentemente, a alterações na função e/ou na estrutura dos órgãos-alvo como: coração, rins, cérebro e vasos sanguíneos. Pode também ser associada a alterações do metabolismo que por consequência geram um aumento no risco de eventos cardiovasculares que causam a morte ou não. Além disso, a HAS é considerada um dos mais importantes problemas enfrentados na saúde pública brasileira e é um dos principais fatores de risco daqueles que são classificados como reversíveis.

A hipertensão arterial pode ser definida pela manutenção dos níveis de pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD), maiores ou iguais a 140 mmHg e 90 mmHg, respectivamente. (NASCIMENTO et al., 2011).

Segundo BRASIL (2006), a classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos é a seguinte:

- Normal: PAS < 120 mmHg e PAD < 80 mmHg (menor risco cardíaco, o ideal);
- Pré-hipertensão: PAS 120-139 mmHg e PAD 80-89 mmHg;
- Hipertensão estágio 1: PAS 140-159 mmHg e PAD 90-99 mmHg;
- Hipertensão estágio 2: PAS \geq 160 mmHg e PAD \geq 100 mmHg;

A HAS não é unicausal, vários fatores de risco podem aumentar as chances da manifestação clínica se tornar evidente, dentre eles se encontram: etnia, sexo, obesidade, má alimentação, sedentarismo, fatores socioeconômicos e abuso de drogas lícitas. O tratamento para a HAS pode se dar através do uso, ou não, de medicação, devendo ser associado a um estilo de vida mais saudável. Com isso, os pacientes com pressão diastólica na faixa de 85-94 mmHg, não recebem tratamento farmacológico no início (MION JÚNIOR et al., 2006; PAULA; ANDRADE, 2012).

Em 2008, 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, sendo 54% por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doença isquêmica do coração, entre indivíduos de 45 e 69 anos. No Brasil, neste mesmo ano, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O controle da hipertensão arterial está diretamente relacionado às mudanças

comportamentais, como: alimentação regrada, realização de atividade física e abandono do fumo e do consumo de álcool; essas atividades estão relacionadas ao autocuidado e deveriam ser mais abordadas pelos profissionais de saúde pertencentes à ESF, a fim de que os pacientes portadores de hipertensão passem a ter um controle ideal de seus níveis pressóricos (LOPES et al., 2013).

De acordo com Ferreira e Bagnara (2013), diversas formas que não utilizam medicamentos e de baixo custo vem sendo utilizadas para a prevenção e o tratamento da hipertensão, sendo que o exercício físico regular, ou seja, exercício físico de pelo menos 30 minutos três vezes por semana é considerado uma prática muito importante. Esse resulta em diversos benefícios para a saúde, como o controle direto da pressão arterial e diminuição da influência de outros fatores de risco associados à hipertensão, como a obesidade, diabetes e estresse.

5.2 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E OS GRUPOS OPERATIVOS

Segundo Haddad; Roschke; Davini (1994), o conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS) é baseado na proposta da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), e pode ser definido como a educação pelo trabalho, no trabalho e com o trabalho; é qualquer ação que envolva pensamento crítico sobre o processo de trabalho (individual e da equipe de saúde) e que gere busca de conhecimento para resolver problemas reais, em uma prática real.

Segundo Pelicioni (2007), para que ocorra a promoção da saúde, uma ferramenta essencial é a educação e a democratização de informações e, através dessas é possível obter melhorias na qualidade de vida dos pacientes. Cabe ao usuário do sistema de saúde ser influenciado a tomar decisões através do processo de ensino-aprendizagem contínuo e as atitudes realizadas pelo cidadão pertencente ao sistema de saúde é que podem ou não ajudá-lo a diminuir, elevar ou conservar seu nível de saúde.

A ESF por meio das estratégias educativas deve informar e conscientizar a população sobre as diversas maneiras de prevenção contra doenças e agravos em saúde, centralizando seu foco na família e em seu ambiente físico e social. Para que com isso, a população passe a compreender melhor o processo saúde/doença, gerando uma maior facilidade de assimilação das intervenções propostas; intervenções estas que vão muito além das práticas curativas (BOAS et al., 2008).

Dentre as técnicas de abordagem do indivíduo, da família e da comunidade, destaca-se o grupo operacional, procedimento desempenhado em conjunto entre os profissionais de

saúde e a comunidade, resultando em troca de saberes, experiências e vivências (PICHON-RIVIÈRE, 2000).

Segundo Pichon-Rivière (2000), grupo operativo é um conjunto de pessoas ligadas no tempo e no espaço, unidas por uma representação recíproca interna, que se propõe, explícita ou implicitamente, a uma atividade, interagindo em uma rede de papéis com a formulação de vínculos entre os participantes. O mesmo autor relata que os vínculos sociais são extremamente valorizados, pois são os pilares para os processos de comunicação e de aprendizagem.

Zimerman (2007) propõe a diferenciação dos grupos terapêuticos, ou seja, os grupos terapêuticos podem ser divididos em socioeducativos e psicoeducativos, o primeiro está mais voltado para os aspectos socioculturais que tem impacto na condição de saúde e doença da população e o segundo, remete aos processos psíquicos dos mesmos. Ambos se organizam com a intenção de possibilitar a aprendizagem para mudança de comportamentos, de hábitos de vida e discussão de processos para o autocuidado.

5.3 ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIHIPERTENSIVO

Bloch et al. (2008) nos alerta para o seguinte problema, a falta de adesão aos tratamentos anti-hipertensivos no Brasil tem efeito direto sobre a elevada mortalidade em decorrência de acidentes vasculares cerebrais; essa mortalidade alta poderia ser reduzida com o controle adequado da hipertensão. Este estudo também nos mostra que, no nível primário da atenção em saúde, a adesão é considerada menor em relação aos serviços mais especializados (atenção secundária e terciária).

Cerca de 40% a 60% dos pacientes hipertensos não fazem uso da medicação anti-hipertensiva de forma contínua e essa porcentagem é ainda maior quando se considera a não adesão às mudanças no estilo de vida, como dieta, atividade física e abandono de vícios (tabaco e álcool). A quantificação e a detecção da falta de adesão não é uma tarefa das mais fáceis e talvez por isso, no Brasil existem poucos dados de índices de adesão, e os dados disponíveis foram obtidos de populações diferentes e com critérios variados (BARBOSA; LIMA, 2006).

Jardim e Jardim (2006) reafirma que a adesão ao tratamento anti-hipertensivo é difícil de ser conseguida, pois depende de vários fatores; um exemplo de atividade que auxilia na adesão é a participação do paciente em grupos onde atuam equipes multidisciplinares de saúde. Várias teorias que estudam a adesão ao tratamento anti-hipertensivo foram

analisadas e formuladas com o passar dos anos, visto a importância do tema e seu impacto na qualidade de vida das pessoas, surgiram hipóteses diversas, mas até o momento, não foi possível identificar os fatores que diferenciam o comportamento populacional que os tornam mais ou menos propensos a seguir o tratamento farmacológico prescrito.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 O PLANO DE AÇÃO

6.1.1 Principais problemas identificados

A partir da utilização da estimativa rápida como método de diagnóstico situacional da população adscrita da UBS Dra. Margareth Faleiros Resende foi possível identificar como principais problemas: o não controle de pacientes com HAS, o não controle de pacientes com diabetes tipo II e a pouca participação na unidade de saúde, uma vez que, a mesma foi inaugurada há pouco tempo. Entre tais problemas apresentados, o primeiro foi priorizado devido à sua maior urgência e maior necessidade de solução, conforme quadro 1.

Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional dos pacientes adscritos pela Unidade Básica de Saúde Dra. Margareth Faleiros Resende. Monte Carmelo, 2014.

Problemas principais	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento pela Equipe de Saúde	Seleção
Pouca participação dos usuários na unidade de saúde	Moderada	Moderada	Parcial	3
Deficiente controle de pacientes hipertensos	Alta	Alta	Parcial	1
Altas taxas de violência e tráfico de trocas	Alta	Alta	Fora	4
Altas taxas de desemprego	Alta	Alta	Fora	4
Pacientes com diabetes tipo II mal controlada	Alta	Moderada	Parcial	2

Fonte: Próprio autor, 2014.

6.1.2 Descrição do Problema Elencado

No município de Monte Carmelo/MG, não foi possível precisar o número de hipertensos cadastrados e acompanhados na UBS citada, pois muitos ainda não possuem cadastro na mesma. Mas em todo o município, de acordo com os dados de junho de 2014, 3.008 pacientes se encontram cadastrados nas UBS do município e aproximadamente 2/3 destes estão sendo acompanhados (DATASUS, 2014). Na UBS em questão, é notória a frequência com que esses pacientes encontram-se descompensados e em acompanhamento irregular. Diante do atual cenário é imprescindível, identificar e agir diretamente sobre os “nós críticos” de forma que a resolução ou, ao menos, a amenização desta situação seja possível. Muitas são as justificativas para esses problemas e são percebidos no dia-a-dia da

unidade. O uso irregular da medicação talvez seja o principal deles. Muitos pacientes acreditam que o uso deve ocorrer apenas até o controle dos níveis pressóricos. A dificuldade de compreensão também é um grande problema, devido ao nível intelectual dessas pessoas e/ou ao pouco tempo despendido nas consultas médicas.

Em relação às medidas comportamentais, também existe grande dificuldade em relação à aderência. Muitos se queixam da falta de tempo para a prática de atividade física ou a fazem de maneira incorreta por falta de orientação. Outros não conseguem realizar uma dieta balanceada, podendo ser por falta de informação e/ou por falta de dinheiro para adquirir esses alimentos com menos carboidratos, já que os produtos mais baratos da mesa do brasileiro são justamente os ricos em carboidratos como batata, mandioca, arroz, etc. Estes fatores nos levaram a criar um quadro com o desenho da operação para os “nós críticos” do problema relatado anteriormente.

6.1.3 Desenho das operações

Quadro 2 – Desenho das operações para os “nós críticos”.

Nós críticos	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários (críticos)
Pouco conhecimento da doença pela população e da importância da adesão ao tratamento	Grupo operativo	Obter melhor controle pressórico dos pacientes atendidos pela UBS	Criação de um grupo operativo atuante	Organizacional → organização do grupo; cognitivo → maior conhecimento sobre grupo operativo
Hábitos alimentares inadequados e baixa adesão à atividade física	Caminhada educativa	Comunidade mais informada sobre a importância da alimentação correta e da diminuição do número de sedentários	Participação da população nas caminhadas coletivas e distribuição de panfletos informativos	Financeiro → Contratação de educador físico para acompanhar as caminhadas e verba para adquirir folhetos informativos; Organizacional → organização do grupo de caminhada; Político → fazer com que profissionais e pacientes passem a participar do programa.
Falta de cuidado continuado	Planilhas de acompanhamento de pacientes em Excel	Diminuir o número de agravos decorrentes de pacientes com pressão arterial não controlada	Criação de um modelo de planilhas a serem implementadas no grupo operativo	Cognitivo → Pensar a melhor forma para a criação das planilhas; Político → convencer os profissionais da unidade da importância de se usar a planilha

Fonte: Próprio autor, 2014.

6.1.4 Indicadores de monitoramento e de avaliação

Quadro 3 – Plano operativo do projeto.

Operações	Resultados esperados	Produtos esperados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Grupo operativo	Obter melhor controle pressórico dos pacientes atendidos pela UBS	Criação de um grupo operativo atuante	Apresentar o projeto para o secretário de saúde e demais profissionais da UBS	Marco Aurélio Santos Soares	dois meses para apresentar o projeto e dois meses para início do grupo
Caminhada educativa	Comunidade mais informada sobre a importância da alimentação correta e diminuição do número de sedentários	Participação da população nas caminhadas coletivas e distribuição de panfletos informativos	Apresentar o projeto da caminhada coletiva para o secretário de saúde poder liberar recursos para o programa, apresentar o projeto para os profissionais e para a comunidade, para que eles se interessem em participar	Marco Aurélio Santos Soares	três meses para apresentar o projeto para as pessoas relacionadas ao mesmo e três meses para início das caminhadas
Planilhas de acompanhamento de pacientes em Excel	Amenizar o número de pacientes com pressão arterial descompensada	Criação de um modelo de planilhas a serem implementadas no grupo operativo	Apresentar a proposta da criação de planilhas para o médico da UBS e convencer os outros profissionais da importância de se usar a planilha	Marco Aurélio Santos Soares	três mês para apresentar a proposta para o médico e convencer os outros profissionais sobre a importância da planilha; duas semanas para a criação das planilhas

Fonte: Próprio autor, 2014.

Frente a este problema, o planejamento deve ser desenvolvido visando impactar diretamente nestas causas. Com isso, surgem diversas opções de planos de ação, dentre essas, as que se mostram mais viáveis são: formação de grupos operativos com a população e criação das planilhas de acompanhamento de pacientes em Excel. Os grupos operativos com a comunidade têm o intuito de debater e conscientizar tanto os portadores de HAS quanto os profissionais de saúde atuantes e a população em geral. Neles é possível estimular mudanças

de estilo de vida e disseminar conhecimento acerca da doença, aumentando a adesão ao tratamento e promovendo os pacientes a sujeito ativo do próprio cuidado.

Já a criação das planilhas de acompanhamento servirão para acompanhar aqueles pacientes que se encontram em situação mais críticas e triá-los para uma consulta médica, a fim de se melhorar as indicações/intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas. A execução das ações propostas se mostra vantajosa, pois não demanda muitos recursos e parece gerar grandes benefícios, em médio prazo, para a população. São necessários mais recursos organizacionais e cognitivos do que financeiros, facilitando seu planejamento, gestão e operação. Pensa-se em criar o grupo nas segundas-feiras no período vespertino, pois se acredita que nesta data e horário, haverá maior participação dos usuários do SUS. Neste grupo também serão realizados a renovação das receitas dos medicamentos em uso pelos participantes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao cenário discutido e a implantação do grupo operativo para pacientes hipertensos, foi elucidado a grande dificuldade de compreensão da população quanto ao tratamento da doença e na importância de tratá-la. Assim, se confirmou as hipóteses levantadas no trabalho.

Após treinamento da equipe da UBS e o devido planejamento de ação elaborado, os objetivos foram sendo alcançados. Grande parte dos hipertensos adscritos na unidade já foram estratificados quanto ao risco cardiovascular, utilizando-se as planilhas de acompanhamento de pacientes em Excel (Apêndice 1) e estão em seguimento para controle pressórico através do seu agendamento (Apêndice 2), aumentando a adesão ao tratamento e disseminando conhecimentos acerca da doença. Além do estímulo contínuo para mudanças de estilo de vida de toda a população. Dessa forma, os pacientes passam a serem sujeitos ativos do próprio cuidado.

A execução das ações propostas se mostrou vantajosa, pois não demanda recursos de difícil acesso e gera, em longo prazo, grandes benefícios para a população alvo. A rigor requisitam mais recursos organizacionais e cognitivos do que financeiros, facilitando seu planejamento, gestão e operação.

A organização e a capacitação da equipe são os pontos chaves para a implantação do grupo, visto que a capacidade de condução do grupo operativo define sua efetividade enquanto suporte terapêutico. O fortalecimento dos vínculos entre equipe de saúde e a população alvo constitui-se como aspecto crucial para a efetivação dos grupos e, conseqüentemente, para a ampliação da rede de apoio social.

A valorização dessa intervenção, no presente estudo, apresenta-se por ser concebida como uma intervenção em saúde que tende a acrescentar valores diferenciados ao modo de viver a vida para as pessoas com agravos em saúde que são acompanhadas clinicamente e participam do grupo operativo, como também, para a equipe de saúde envolvida no projeto.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DOS CERAMISTAS DE MONTE CARMELO. ACEMC. **Parque Cerâmico de Monte Carmelo**. Monte Carmelo, 2005.

BARBOSA, B. G. R.; LIMA, C. K. N. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Rev Bras Hipertens.**, v.13(1): 35-38, 2006. Disponível em: < <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/09-indices-de-adesao.pdf>>. Acesso em 06 nov. 2014.

BLOCH, K.V. *et al.* Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(12): 2979-2984, dez, 2008.

BOAS, L. M. F. M. V. A Prática Gerencial do Enfermeiro no PSF na Perspectiva da sua Atuação Pedagógica Educativa: uma Breve Reflexão. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. 4, jul/ago 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 52.

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

DATASUS. **Sistema de informação de atenção básica**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>>. Acesso em 30/07/2014.

FERREIRA, D.; BAGNARA, I. C. A importância da atividade física para os indivíduos diabéticos. **Revista digital**, Buenos Aires, v.16, n.155, 2011. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>. Acesso em: 22 de out. de 2014.

GONTIJO, C.C. **A Indústria Cerâmica Vermelha em Monte Carmelo – MG e o arranjo produtivo local: uma alavanca para o desenvolvimento do setor**. Monte Carmelo, 2007. Monografia de graduação em Administração - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Fundação Carmelitana Mário Palmério.

HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. **Educación Permanente de Personal de Salud**. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1994. 247 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Informações completas**. Disponível em < <http://cod.ibge.gov.br/MX1>>. Acesso em 30/07/2014.

JARDIM , P. C. B. V.; JARDIM, T. S. V. Modelos de estudos de adesão ao tratamento

anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens.**, vol.13(1): 26-29, 2006.

LOPES, M. C. de L.; et al O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.1, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm>. Acesso em: 22 de out. de 2014.

MION JUNIOR, C. et. Al. **MRPA**: monitorização residencial da pressão arterial - como fazer e interpretar. Barueri, SP: Manole, 2006.

NASCIMENTO, E. M. et al. Abordagem odontológica de pacientes com hipertensão – um estudo de intervenção. **RFO**, 16 (1), p.30-5, 2011.

PAULA, C. F. de; ANDRADE, T. C. B. Atuação do enfermeiro na prevenção de hipertensão arterial e diabetes mellitus na família. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Bauru: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP, Marília, v. 16, n. 1, 2012.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e Promoção da Saúde: uma Retrospectiva Histórica. **O mundo as Saúde**. São Paulo, v. 3, p. 320-328, jul/set, 2007.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. (El proceso grupal). Tradução de Marco Aurélio Fernandes Velloso. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

RIBEIRO, A. N. R.; MÁRQUES, F. T. Recortes: Histórico/Social/Educacional da Cidade de Monte Carmelo. **Cadernos da FUCAMP**. v. 11, n. 14, p. 62-83, 2012.

SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA (SAGE). **Equipes da saúde da família**. Disponível em <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em 30/07/2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Revista brasileira de hipertensão. **VI diretrizes brasileiras de hipertensão**. Rio de Janeiro, 2010.

ZIMERMAN, D. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. Vínculo. [online]. dez. 2007, vol. 4, n. 4, p.1-16. Disponível em: <http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180624902007000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2014.

Apêndice 2 – Agenda programada instituída na unidade

ATENDIMENTO MÉDICO

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA
<u>MANHÃ</u>	Demanda Espontânea	Visita Domiciliar	Demanda Espontânea	HAS/DM (consulta/retorno)
	Reserva PSM / Encaixe		Reserva PSM / Encaixe	Demanda Espontânea
				Reserva PSM/ Encaixe
<u>TARDE</u>	HAS/DM (grupo)	Pré-Natal	Puericultura	Saúde Mental
	Demanda Espontânea	Demanda Espontânea	Demanda Espontânea	Reunião da Equipe
	Reserva PSM/ Encaixe	Reserva PSM / Encaixe	Reserva PSM / Encaixe	

* HAS/DM = Hipertensos e/ou Diabéticos

* PSM = Pronto Socorro Municipal

Fonte: Próprio autor, 2014.