

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

YENIKSA RODRIGUEZ TORRES

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

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2018

YENIKSA RODRÍGUEZ TORRES.

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

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2018

YENIKSA RODRIGUEZ TORRES

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

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – orientadora UFMG

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 05/04/2018

DEDICO

À minha família, pelo sacrifício de minha ausência em suas vidas.

À minha mãe e meu pai, pelo apoio incondicional.

Ao meu esposo, pela confiança depositada em mim.

.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me abençoar cada dia com conhecimentos e amor como medica.

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

Á minha equipe de trabalho pela ajuda e o apoio que me brindam cada dia.

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

A todos aqueles que de uma ou outra forma fazem parte deste trabalho, muito obrigada.

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

José Martí Cuba 28 janeiro 1853 / 19 maio 1895

Político/Escritor/Poeta Cubano.

RESUMO

Este trabalho objetivou de propor um plano de intervenção para melhorar o acompanhamento e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica pela Equipe da Saúde da Família de “Pau D’Óleo”, em São Francisco, estado de Minas Gerais. Este plano foi desenvolvido com base em revisão narrativa de evidências científicas de autores respeitados, por meio de busca de informação em bases de dados e bibliotecas virtuais, com os descritores: atenção básica em saúde, saúde da família, hipertensão e fatores de risco e por meio do método da estimativa rápida para detectar os problemas na área de abrangência, com definição de problema prioritário e seus problemas intermediários (nós críticos): necessidade de estruturação de processo de revisão conceitual permanente e atualização da equipe de Saúde da Família, para o tema hipertensão arterial sistêmica; proposição de ações para promoção da saúde, desenvolvimento do autocuidado e educação em saúde para pessoas em risco ou portadoras de hipertensão arterial; proposição de processo de maior identificação e adesão das pessoas da comunidade às medidas de promoção, prevenção e tratamento da hipertensão arterial; revisão e proposição de métodos de acompanhamento e de atenção adequada as pessoas com hipertensão arterial; propor método e instrumento para superar o sub-registro da hipertensão arterial. Para isso, apresenta-se uma planilha de acompanhamento das ações propostas, bem como, uma avaliação do indicador percentual de hipertensos com acompanhamento adequado que deverá ser utilizada, integrada às ações de gestão, acompanhamento e avaliação.

Palavras chave: Atenção Básica à Saúde. Saúde da Família. Hipertensão. Fatores de Risco.

ABSTRACT

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

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

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

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

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Pau D´Oleo, Unidade Básica de Saúde Pau D´Oleo, município de São Francisco, estado de Minas Gerais

Quadro 2 – Operações sobre o inadequado acompanhamento e controle da hipertensão arterial na população da Equipe de Saúde da Família de Pau d` Óleo, em São Francisco, Minas Gerais – nó crítico 1.

Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 2” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pau D Oleo, do município São Francisco, estado de Minas Gerais

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

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Breves informações sobre o município São Francisco	12
1.2 O sistema municipal de saúde	13
1.3 A Equipe de Saúde da Família Pau D'Oleo, seu território e sua população.	14
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	16
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)	17
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	19
4 ETODOLOGIA	20
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	27
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	27
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	28
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município São Francisco

O município de São Francisco, em Minas Gerais, está localizado às margens do rio São Francisco e sua população total corresponde à 4ª maior do norte do Estado. Teve vários nomes como Pedras de Cima, Pedras dos Angicos, São José das Pedras dos Angicos, São Francisco das Pedras. Em homenagem ao rio, foi definido o nome do município como São Francisco no qual se situa o distrito de Pau d'Óleo, cenário deste trabalho, de acordo com informações registradas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016).

Em 1887, o município São Francisco era formado basicamente de pescadores e suas famílias que sobreviviam da pesca e do comércio de peixe que era revendido por tropeiros às cidades, vilas e arraiais. As pequenas casas que existiam seguiam o estilo da cultura indígena; construídas de barro e com telhados de capim e palha (IBGE, 2016).

O município de São Francisco está situado a 580km de Belo Horizonte e possui uma área territorial de 3.314,87 km². Uma Altitude de 695 metros. O clima é semiárido, com um índice pluviométrico médio anual de 936 mm. A temperatura média anual é de 26°C. Sua população, no censo de 2010, foi de 53.828 habitantes com previsão estimada para 2017 de 56.805 pessoas. A população urbana é 34.198 habitantes e 19.607 residem na zona rural (IBGE, 2016).

A cidade conta com ruas largas e planas na região central. A maioria das vias urbanas próximas à região central é pavimentada e permite acesso fácil às regiões mais distantes. A travessia sobre o rio São Francisco é feita por balsas, que fazem o percurso periodicamente e despertam bastante curiosidade nos visitantes. A cidade conta com um enorme espaço aberto para festas na região central, conhecido como "Cimentão"; um Centro Cultural Católico; Parque de Exposições Zezé Botelho; um estádio de futebol e duas estações rodoviárias. Há também um grande número de praças espalhadas pela cidade. Como forma de contenção da água do rio nas

épocas de cheia, foi criado um aterro às margens do rio em toda a região central, impedindo as inundações na cidade (SÃO FRANCISCO, 2016).

A economia de São Francisco consiste na agropecuária, piscicultura e está em andamento a extração de gás natural na margem do rio São Francisco, além do comércio entre negociantes e serviços. Há a presença do setor industrial no município, porém com influência econômica bastante discreta (SÃO FRANCISCO, 2016).

A religiosidade tem influência marcante nas principais manifestações culturais do povo sanfranciscano, principalmente nas festas folclóricas. O município de São Francisco conta com uma população de maioria católica, porém houve na última década um importante crescimento das comunidades evangélicas.. Há ainda a presença de religiões afro-brasileiras, como candomblé.

1.2 O sistema municipal de saúde.

São Francisco conta com um Hospital Municipal situado na parte central da cidade, e inúmeras unidades saúde espalhadas por regiões estratégicas, além dos postos de atendimento à população dos povoados e distritos pertencentes ao município. Na área de saúde, a cidade é sede da microrregião, sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência e cuidado hospitalar, embora a estrutura do seu sistema de saúde deixe muito a desejar.

No município, o sistema local de saúde tem um Conselho de Saúde que se reúne mensalmente. O Fundo Municipal de Saúde, segundo a Secretaria Municipal da Saúde, foi, em 2014, de R\$21.651.456.00, destinado a criar condições para o desenvolvimento das ações da saúde, como vigilância em saúde, atendimento individualizado, atenção à saúde regionalizada e integrada, saneamento do meio ambiente, seguridade social, pagamento de salários, pagamento pela prestação de serviços a entidades privadas para execução de projetos ou programas do setor saúde, aquisição de material de consumo para desenvolvimento dos programas, construção, reforma, capacitação (SÃO FRANCISCO, 2016).

O setor de saúde, sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, disponibiliza para a população um hospital tipo II, um Pronto Socorro/sistema de urgência, 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), oito gabinetes odontológicos, 11 equipes de Saúde da Família, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e um centro regulador de referência e contrarreferência.

Destaca-se que o aumento da cobertura à Estratégia Saúde da Família reduziu sensivelmente a demanda para o pronto-atendimento hospitalar.

Na Atenção Primária, São Francisco tem 15 Unidades de Atenção Primária à Saúde, sendo sete localizadas na zona Rural e oito na região urbana.

Na Atenção Especializada temos o Apoio Diagnóstico, Assistência Farmacêutica, Vigilância Epidemiológica (Imunizações, Combate de Endemias e Fiscalização Ambiental), Hospital Geral (conta com especialidades como: ortopedista, pediatria, ginecologia, cirurgia geral, clínico e laboratório clínico e serviços de RX)

Quanto à Atenção de Urgência e Emergência o município conta uma Unidade de Pronto Socorro e serviços do Serviço Médico de Atendimento de Urgência (SAMU).

1.3 A Equipe de Saúde da Família Pau D'Óleo, seu território e sua população.

A comunidade de Pau de Óleo fica situada na margem esquerda do rio São Francisco a 53Km da cidade de São Francisco. A via de acesso é pelo rio, em travessia por balsa e em estrada sem asfalto. É uma comunidade de mais ou menos de 3.500 habitantes, comunidade que se formou, principalmente, a partir dos trabalhadores das fazendas que se encontrassem na zona rural, com o principal emprego de trabalhadores agrícolas e pecuaristas, assim como a extração de carbono vegetal. É grande o número de desempregados e subempregados.

A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo. Além disso, parte da comunidade vive em moradias com cobertura de madeira, tijolo e paredes de cimento. O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 40 anos, assim como a evasão escolar entre menores de 14 anos, além de ter apenas

escola de ensino fundamental. Conta também com igrejas de varias religiões, serviço de eletricidade e água que não tem a qualidade necessária. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas.

A Unidade de Saúde da Equipe de Pau de Óleo, foi inaugurada há mais ou menos oito anos e está situada no centro do povoado, com horário de atendimento de segunda- sexta feira , das 7:00 horas às 16:00 horas, com uma área de abrangência que fica situada na margem esquerda do rio São Francisco. Está dividida em sete microáreas e existem 727 famílias, das quais neste momento só 447 são atendidas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

A Unidade de Saúde conta com 10 trabalhadores sendo um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais e cinco agentes comunitários de saúde e um motorista.

A área física unidade de saúde é uma construção relativamente nova , com uma sala de estar, recepção, banheiros para usuários, sala para triagem, sala para vacinação , duas salas para consultas (medico e enfermeiro), sala de curativos, sala para aerossol e administração de medicamentos, salão odontológico que não tem equipe de trabalho, cozinha, banheiro para trabalhadores e sala de esterilização e manipulação de material séptico e uma sala de reuniões.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta da associação de velinhos. A Unidade, atualmente, não está bem equipada e não conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, porém até o final da última administração funcionava com mesa ginecológica, glicosímetro, nebulizador, instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos. A falta de outros materiais constituiu-se em foco de tensão relevante entre a Equipe de Saúde, gestor de saúde do município e prefeitura municipal.

O tempo da Equipe de Pau de Óleo está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o

atendimento de alguns programas, como: pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças desnutridas. A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde, como por exemplo, horta comunitária e grupos de hipertensos e diabéticos, que, com o tempo, se mostraram pouco frutíferas. No início essas iniciativas conseguiram despertar algum interesse da comunidade, mas logo as pessoas “sumiam” das reuniões e o trabalho “morria”. Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu condicionar a “troca das receitas” à participação nas reuniões, o que provocou questionamentos por parte da população e não mudou qualitativamente a participação nas reuniões.

A equipe foi renovada recentemente, motivo por o qual, todas as atividades começaram novamente.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

- Para uma primeira aproximação ao diagnóstico situacional em saúde da área de abrangência, utilizamos o método da estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) para chegar a identificar os problemas da comunidade, acatando sugestões da equipe de saúde e da comunidade para a elaboração de uma lista de problemas. Entre eles estão: Má qualidade da água do consumo (abastecimento e tratamento insuficiente de água com alto risco de consumo de água contaminada).
- Má qualidade das estradas.
- Sub-índice de doentes cadastrados no sistema (alta prevalência de pacientes com transtornos de ansiedade e depressão; uso de polifarmácia nos pacientes com doenças crônicas como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus)
- Dificuldades para o acesso ao posto médico.

- Grande índice de hipertensos na área de abrangência (A Hipertensão Arterial Sistêmica é a principal morbidade da área sendo a principal causa de atendimento médico diário).
- Maioria das famílias queima o lixo de qualquer tipo (Destino final inadequado de os lixos e dejetos humanos).

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Pau D´Óleo, Unidade Básica de Saúde Pau D Óleo , município de São Francisco , estado de Minas Gerais.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Dificuldade para o acesso ao posto medica	Alta	9	Fora	01
Grande índice de hipertensos na área de abrangência	Alta	9	Parcial	02
Sub-índice de doentes cadastrados no sistema	Alta	8	Parcial	03
Má qualidade da água do consumo	Alta	7	Fora	05
Maioria das famílias queima o lixo de qualquer tipo	Alta	6	Fora	05
Má qualidade das estradas.	Alta	5	Fora	06

Fonte:

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

A equipe de saúde definiu, para o atual momento, investir no problema ” **Grande índice de hipertensos na área de abrangência**”.

2 JUSTIFICATIVA.

A abordagem da hipertensão arterial sistêmica (HAS), neste trabalho, justifica-se pelo inadequado acompanhamento e controle da doença, grande índice de hipertensos na nossa área de abrangência. Ressalta-se que a HAS é a principal morbidade da área sendo a principal causa de atendimento médico diário.

A hipertensão pode levar a complicações maiores por ser uma doença que, além de ser um fator de risco para outras doenças que levam o paciente a várias deficiências, gera incapacidades que influem em seu desenvolvimento como ser social, além de aumentar as perdas nas esferas econômica, política e social.

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão (BRASIL, 2013, p. 21).

Dada a importância de seu controle, avaliação, e seguimento adequado por sua repercussão na saúde individual, na comunidade e na sociedade, em geral, assim como para a atenção primária à saúde há necessidade de se propor e realizar ações imediatas que causem mudanças para os pacientes hipertensos e a solução do problema está na capacidade de enfrentamento da equipe de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 geral

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

3.2 específicos

Estruturar processo de revisão conceitual e de atualização da equipe de Saúde da Família para o tema hipertensão arterial sistêmica.

Propor ações para desenvolvimento do autocuidado e educação em saúde para pessoas em risco ou portadoras de hipertensão arterial.

Propor processo de maior identificação (registro) e adesão das pessoas às medidas de promoção, prevenção e tratamento da hipertensão arterial.

Rever e propor métodos de acompanhamento e atenção adequada das pessoas com hipertensão arterial; propor método e instrumento para superar o subregistro da hipertensão arterial.

4 METODOLOGIA

O plano de intervenção foi estruturado com base no método da estimativa rápida para detectar os problemas na área de abrangência, com definição de problema prioritário e seus problemas intermediários (nós críticos). Para isso, foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), de acordo com a disciplina Planejamento e ações de saúde, do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para o estabelecimento das bases conceituais, foi realizada uma revisão bibliográfica para levantar as evidências científicas de autores respeitados, por meio de busca de informação em banco de dados e bibliotecas virtuais.

A busca dessas bases se deu por meio dos descritores em ciências da saúde: “atenção básica em saúde”, “saúde da família”, “hipertensão” e “fatores de risco”.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

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

Assim, descrevem-se:

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

5.1 Conceito de hipertensão arterial sistêmica

A HAS, também conhecida como pressão alta (HAS) é conceituada pela VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial como “uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA)”. Trata-se, ainda, de uma síndrome caracterizada por alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos, além do aumento de fatores riscos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 1).

A HAS é caracterizada por níveis de valores a partir de 139 mmHg para a pressão arterial sistólica (PAS) e 89mmHg para a pressão arterial diastólica (PAD) para indivíduos adultos. Ela tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo que a elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mmHg de forma linear e contínua aumenta consideravelmente a mortalidade por doença cardiovascular (DCV) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Trata-se, portanto, de um agravo de etiologia multifatorial que, devido à grande variedade de conseqüências, constitui a origem de várias doenças cardiovasculares, sendo o principal fator de risco para agravos comuns na saúde coletiva, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. “Dessa forma, assume um

papel fundamental dentro da saúde pública no Brasil e no mundo, trazendo grande impacto econômico, pelo ônus imposto ao sistema de saúde, e social, pelo reflexo na qualidade e expectativa de vida dos indivíduos” (OLIVEIRA *et al.*, 2011, p. 320).

O Ministério da Saúde recomenda que:

Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada (BRASIL, 2013, p. 29).

Dados recentes do estudo do coração, segundo a escala de Framingham para classificação de risco cardiovascular, sugerem que aqueles com idade superior a 65 anos de idade, mesmo indivíduos normotensos, estão em risco de vida, e que cerca de 90% das pessoas nessa idade têm pressão arterial elevada. Desde a década de 1980, o número de pacientes diagnosticados aumentou de 25% para quase 33% em 1990, tendo como complicação a insuficiência renal uma prevalência aumentada de menos de 100 por milhão de habitantes para mais de 250 milhões, e dobrou a prevalência da insuficiência cardíaca congestiva (CESARINO *et al.*, 2012).

5.2 Fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica

Um dos modos de se fazer a estratificação de risco cardiovascular, segundo o Ministério da Saúde, é por meio da utilização do escore de Framingham que objetiva avaliar a possibilidade de uma pessoa sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. Essa avaliação se fundamenta na presença de diversos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, níveis de colesterol, dentre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial também relaciona os fatores de risco para HAS: idade (há associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de hipertensão); Sexo e etnia (a prevalência é diferenciada entre os sexos sendo maior entre as mulheres e pessoas de raça negra/cor preta quando comparada a

adultos pardos); Excesso de peso e obesidade (houve, nos últimos anos, aumento de pessoas com sobrepeso e obesidade); Ingestão de sal (o consumo excessivo de sal é um dos principais fatores de risco para hipertensão e eventos cardiovasculares e renais); Ingestão de álcool (ingestão crônica e elevada de bebidas alcoólicas aumenta a pressão de forma consistente); sedentarismo (estudos comprovaram a existência de sedentarismo e hipertensão); Fatores socioeconômicos (baixa escolaridade associa-se à hipertensão) e, por fim, genética (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A doença pode ser controlada com tratamento não medicamentoso, com observância de mudanças de hábitos saudáveis como alimentação com restrição de sal, gorduras e carboidratos simples; controle do peso; moderação no consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo, realização de atividade física e ainda o aumento da ingestão de potássio, suplementação de cálcio e magnésio, dentre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Segundo Gasperin e Fensterseifer (2006, p. 373)

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

5.3 Papel da Atenção Básica à Saúde (ABS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) na atenção à hipertensão arterial

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1997, p.13) sugere como profissionais da equipe mínima de saúde da família:

É recomendável que a equipe de uma unidade de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais [...]

A portaria nº 648, de 28 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece as normas para sua organização incluindo a Saúde da Família (PSF), afirmando que a equipe multiprofissional deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2006).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, dentre as características do processo de trabalho das equipes de saúde encontra-se:

Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários (BRASIL, 2012, p.41).

Outras características dizem respeito à realização da atenção à saúde em diversos locais como na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, salões comunitários, escolas, creches, praças, dentre outros. Ou seja, pode-se realizar a atenção em outros espaços que permitam a ação planejada. Destaca-se que o importante é o desenvolvimento de “ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva e na busca por qualidade de vida pelos usuários” (BRASIL, 2012, p. 42).

O Ministério da Saúde também organizou e propôs as atribuições e competências dos membros da equipe de saúde no atendimento às pessoas com HAS:

Cabe ao Agente comunitário de saúde:

- 1) Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção.
- 2) Rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos, uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa.

- 3) Encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão.
- 4) Verificar o comparecimento dos pacientes hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde.
- 5) Verificar a presença de sintomas de doença cardiovascular, cerebrovascular ou outras complicações de hipertensão arterial, e encaminhar para consulta extra.
- 6) Perguntar, sempre, ao paciente hipertenso se o mesmo está tomando, com regularidade, os medicamentos e se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas.
- 7) Registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de hipertensão e risco cardiovascular global estimado de cada membro da família (BRASIL, 2006, p. 39-40).

As atribuições e competências do auxiliar de Enfermagem são: a verificação dos níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde; orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, e sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados à hipertensão arterial e diabetes; agendar consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados, proceder às anotações devidas em ficha clínica, dentre outras atividades (BRASIL, 2006).

O enfermeiro é responsável pela capacitação dos auxiliares de enfermagem, dos agentes comunitários de saúde além de, supervisionar, de forma permanente, suas atividades que estes realizam. Ao realizar a consulta de enfermagem, o enfermeiro deve abordar os fatores de risco, orientar sobre o tratamento não medicamentoso, da importância da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, dos possíveis colaterais. Também cabe ao enfermeiro desenvolver atividades educativas de promoção de saúde de forma individual e coletiva, agregando nessas atividades família e comunidade. Por fim, o enfermeiro deve, junto à equipe, criar estratégias que possam favorecer a adesão dos hipertensos (BRASIL, 2006).

Fica sob a responsabilidade do médico

- 1) Realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e comorbidades, visando à estratificação do portador de hipertensão;

- 2) Solicitar exames complementares, quando necessário;
- 3) Prescrever tratamento não-medicamentoso;
- 4) Tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso;
- 5) Programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente;
- 6) Encaminhar às unidades de referência secundária e terciária as pessoas que apresentam hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes em órgãos-alvo, com suspeita de causas secundárias e aqueles que se encontram em estado de urgência e emergência hipertensiva;
- 7) Perseguir, obstinadamente, os objetivos e metas do tratamento (níveis pressóricos, glicemia pós prandial, hemoglobina glicada, controle dos lipídeos e do peso) (BRASIL, 2006, p. 41).

Quanto à equipe multiprofissional destaca-se que a inserção de outros profissionais, especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, cirurgiões dentista, profissionais de educação física, é considerada de suma importância tendo em vista que ação interdisciplinar colabora muito para a prevenção e controle do DM e da HAS.

O processo de capacitação e educação dos profissionais de saúde deve ser contínuo e em acordo com as necessidades e problemas apresentados pelos usuários e equipe. Sabe-se que as atividades de educação exigem planejamento, atendimento às demandas surgidas e linguagem acessível para que os participantes da educação compreendam o que está sendo dito e possam, dessa forma, aprender e mudar hábitos.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.

6.1 Descrição do problema selecionado

A não adesão ao tratamento com inadequado acompanhamento e controle da hipertensão arterial é o principal problema de saúde (problema prioritário) da minha área de abrangência. Em reunião da equipe analisou-se as causas deste problema que, discutidas e identificadas, permitiram caracterizar os "nós críticos", ou seja, os problemas intermediários correlacionados a HAS que, se resolvidos, contribuirão para a resolução do problema principal ou prioritário.

6.2 Explicação do problema selecionado.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais problemas de saúde pública e a mais frequente das doenças cardiovasculares. No PSF está entre as doenças mais prevalentes. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras (BRASIL, 2006).

O estado de saúde de população brasileira é caracterizado por uma alta prevalência de doenças crônicas no transmissível dominando o quadro epidemiológico do país onde a HAS representa um grave problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades em seu controle e constitui um fator de risco decisivo para as doenças cardiovasculares, as quais são responsáveis aproximadamente de 30% das mortes em Brasil atualmente (BRASIL, 2006).

O PSF Pau D'Óleo tem aproximadamente 2552 habitantes dos quais 2155 têm mais de 20 anos e, neste grupo, temos uma incidência de 160 hipertensos diagnosticados o que representa um 26,5% deles. O mais preocupante é que no tempo que a equipe tem trabalhado no PSF, aproximadamente, 71,5 % encontram-se descontrolados o que torna relevante propor um projeto de intervenção para o controle dos pacientes, prevenir fatores de riscos e futuras complicações que podem levar à morte.

6.3 Seleção dos nós críticos

- Baixo nível de realização de atividades educativas pela equipe de saúde.
- Baixo nível de conhecimento de nossa população sobre a HAS.
- Subregistro da hipertensão arterial e baixa adesão das pessoas da comunidade às medidas de promoção, prevenção e tratamento da hipertensão arterial (Tratamento farmacológico e não farmacológico inadequado).
- Dificuldades no seguimento dos pacientes com HAS.

6.4 Plano operativo

O Quadros 2 a 4, a seguir, apresenta para cada um dos quatro nós críticos, de acordo com o Planejamento Estratégico Situacional, as seguintes operações:

- qual a grande operação necessária;
- como será denominado esse projeto;
- que resultados são esperados ao final do projeto;
- que produtos são esperados;
- para obter os resultados e produtos, que ações ou atividades devem ser feitas;
- que recursos são necessários;
- que recursos são críticos;
- quem vai controlar esses recursos críticos; qual a viabilidade do projeto;
- existe alguma ação estratégica de motivação;
- quem são os responsáveis;
- qual é o cronograma;
- como serão feitos a gestão, o acompanhamento e a avaliação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 2 - Operações sobre o inadequado acompanhamento e controle da hipertensão arterial na população da Equipe de Saúde da Família de Pau d'Óleo, em São Francisco, Minas Gerais – nó crítico 1.

Nó crítico 1	Baixo nível de realização de atividades educativas pela equipe de saúde
Operação	Capacitar a equipe de saúde no que se refere ao conhecimento da HAS e o desenvolvimento de ações educativas
Projeto	Educação permanente em saúde.
Resultados esperados	Equipe com maiores conhecimentos da hipertensão arterial para um manejo e acompanhamento adequado e realização de ações educativas
Produtos esperados	Melhor qualidade do acompanhamento dos hipertensos.
Ações/ atividades	Realizar palestras, vídeo conferencias, reuniões da equipe e grupos educativos.
Atores sociais/responsabilidades	Médico, enfermeiro
Recursos necessários	Político: disponibilizar espaço para grupos de discussão e educação em saúde. Cognitivo: discussão de temas relativos à hipertensão, fatores de risco e hábitos de vida saudável. Financeiro: financiamento livros, pôsteres, projetor, internet
Recursos críticos	Financeiro: impressão de Cadernos da Hipertensão Arterial na Atenção Básica.
Controle dos recursos críticos	Coordenadora da Atenção Básica
Viabilidade	Motivação favorável
Ação estratégica de motivação	Sensibilização e adesão dos membros da equipe de saúde.
Responsáveis:	Coordenadora do PSF
Cronograma / Prazo	Desenvolvimento de todo o projeto em 12 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestão e acompanhamento permanente, Avaliações a cada três meses.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pau D Oleo, do município São Francisco, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Baixo nível de conhecimento de nossa população sobre a HAS
Operação	Educar a população de hipertensos e os grupos de risco sobre a hipertensão e estilos de vida saudável
Projeto	Educação em saúde ” Amigos do Coração”
Resultados esperados	Diminuir os riscos e as complicações da HAS em, no mínimo, 60% dos pacientes apresentando complicações.
Produtos esperados	Usuários hipertensos com melhor qualidade de vida
Recursos necessários	Político: disponibilizar espaço para grupos de discussão e educação em saúde. Adesão de igrejas e escolas Cognitivo: discussão de temas relativos à hipertensão, fatores de risco e hábitos de vida saudável. Financeiro: financiamento de pôsteres, canetas, folhetos educativos.
Recursos críticos	Político: Conseguir espaço nas igrejas e escolas. Obtenção de folhetos educativos, audiovisuais
Controle dos recursos críticos	Coordenadoria da Atenção básica, Líderes sociais (Pároco, Diretor de escolas
Ações estratégicas	Adesão de gestores
Prazo	12 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Coordenadora do PSF e médica
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Gestão e acompanhamento permanente. Avaliações gerais a cada três meses. Avaliação de atividades de grupos, palestras, consultas medica e visitas domiciliares (segundo planejamento)

Quadro 4 - Operações sobre o inadequado acompanhamento e controle da hipertensão arterial na população da Equipe de Saúde da Família de Pau d' Óleo, em São Francisco, Minas Gerais

Nó crítico 3	Sub registro da hipertensão arterial e baixa adesão das pessoas da comunidade às medidas de promoção, prevenção e tratamento da hipertensão arterial.
Operação	Registrar todos os usuários hipertensos da área de abrangência; Realizar atividades grupais e pessoais de promoção ou adequado cumprimento das medidas do tratamento da HAS.
Projeto	A responsabilidade com sua saúde.
Resultados esperados	Equipe sensibilizada para o registro de usuários hipertensos; Conscientizar os pacientes hipertensos sobre o uso do tratamento indicado.
Produtos esperados	Registro de todos os usuários com hipertensão; Melhor controle médico da doença e diminuição das complicações.
Ações / atividades	Realização de grupos de hipertensos,; consultas programadas segundo risco, interconsultas com o NASF, atividades de promoção e prevenção nas igrejas e bairros, nas reuniões da comunidade.
Atores sociais/ responsabilidades	Médica enfermeira, agentes comunitários de saúde, pároco, presidente da associação de vizinhos.
Recursos necessários	Estrutural: Unidade de saúde da família, sala de reunião, igrejas disponíveis Cognitivo: grupos educativos em ação. Político: conselho de vizinhos participativo.
Recursos críticos	Espaços e horários na comunidade.
Controle dos recursos críticos	Coordenadora da Atenção Básica
Viabilidade	Motivação favorável
Ação estratégica de motivação	Adesão de gestores
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestão e acompanhamento permanente, Avaliações a cada três meses
Responsáveis.	Coordenadora do PSF
Prazo	Desenvolvimento de todo o projeto em 12 meses

Quadro 5 - Operações as dificuldades no seguimento dos pacientes com hipertensão arterial na população da Equipe de Saúde da Família de Pau d' Óleo, em São Francisco, Minas Gerais

Nó crítico 4	Dificuldades no seguimento dos pacientes com HAS.
Operação	Acompanhar o tratamento de todos os usuários hipertensos da área de abrangência; Visita domiciliar pelos ACS dos hipertensos faltosos à consulta e aos grupos educativos e, quando necessário, o médico ou enfermeira
Projeto	Monitorando
Resultados esperados	Pessoas com hipertensão monitoradas de perto; Complicações da HAS diminuídas nos pacientes hipertensos.
Produtos esperados	Registro de usuários com hipertensão a partir do monitoramento domiciliar Melhor controle médico da doença e diminuição das complicações
Ações / atividades	Visitas domiciliares. Registro em fichas.
Atores sociais/ responsabilidades	Agentes comunitários de saúde, médica e enfermeira.
Recursos necessários	Cognitivo: ACS conscientes da importância da Visita domiciliar para o monitoramento dos hipertensos. . Financeiro: fichas para acompanhamento dos hipertensos.
Recursos críticos	Espaços e horários na comunidade.
Controle dos recursos críticos	Coordenadora da Atenção Básica
Viabilidade	Motivação favorável
Ação estratégica de motivação	Adesão dos ACs
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestão e acompanhamento permanente das visitas domiciliares. e fichas preenchidas.
Responsáveis.	Equipe de saúde da família
Prazo	Permanente

Reafirmamos que a busca de solução desse problema se deu a partir da constatação de que 18 % dos pacientes hipertensos não fazem o tratamento adequado, igual percentual não tem sido acompanhado, existe um sub registro da

doença, um inadequado processo de atenção às pessoas hipertensas ou em risco. Além disso, coexistem fatores de risco, como os maus hábitos alimentares e obesidade; há necessidade de ampliar o conhecimento das pessoas, famílias e comunidades sobre a hipertensão arterial (educação popular em saúde), bem como dos profissionais da equipe (educação permanente em saúde).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

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

REFERENCIAS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**.. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, [online], 2016. Disponível em: <http://decs.bvs.br>.

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

FARIA, H.,P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. Nescon/UFMG. 2 ed. Belo Horizonte, 2009.

GASPERIN, D.; FENSTERSEIFER, L. M. As modificações do estilo de vida para hipertensos. **Rev Gaúcha Enferm.** v.27, n. 3, p. 372-8, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@**. 2016. Brasília,[online],. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>.

SÃO FRANCISCO- MINAS GÉRIAS. **Prefeitura, 2016.** Disponível em: <http://www.prefeituradesaofrancisco.mg.gov.br/a-cidade/historia/>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.107, n.3, supl.3, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1, suppl.1, p.51, 2010

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 89, n. 3, p. e24-e79, 2007