

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

YUDISEL ALONSO DUNAN

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE EFICIENTE EM
PACIENTES HIPERTENSOS. ESF SACRAMENTO.
MANHUAÇU/MG 2015**

Ipatinga. Minas Gerais
2015

YUDISEL ALONSO DUNAN

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE EFICIENTE EM
PACIENTES HIPERTENSOS. ESF SACRAMENTO.
MANHUAÇU/MG 2015**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao curso de
Especialização em Atenção Básica em
Saúde de Família. Universidade Federal
de Minas Gerais, para obtenção do
Certificado de Especialista.**

Orientador: Prof. Maria José Moraes Antunes

Ipatinga. Minas Gerais.

2015

YUDISEL ALONSO DUNAN

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE EFICIENTE EM
PACIENTES HIPERTENSOS. ESF SACRAMENTO.
MANHUAÇU/MG 2015**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof.Ms. Maria José Moraes Antunes. UFMG

Examinador 2:

Aprovado em Belo Horizonte, em _____ de _____ de 2015.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas aquelas pessoas que fizeram possível para realização deste projeto.

Agradeço a minha orientadora, Maria José Moraes Antunes pela sua paciência e ajuda

Agradeço á equipe da ESF Sacramento pela sua confiança no meu trabalho.

RESUMO

A Unidade Básica de Saúde Sacramento, de Manhuaçu- MG, tem uma área de abrangência de aproximadamente 1096 famílias e 3893 habitantes, distribuídos em 6 microrregiões, com uma maior porcentagem de pacientes em idade adulta sobre tudo da terceira idade. O principal problema da UBS é o aumento de atendimentos de demanda espontânea por condições agudas de doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial. Seus determinantes são: o inadequado controle e acompanhamento de pacientes hipertensos, os maus hábitos e estilos de vidas inadequados da população como o hábito do tabagismo, uso de álcool, dietas não saudáveis; desconhecimento de doenças crônicas pela população; aumento do estresse; baixa prevalência de pacientes hipertensos conforme o percentual esperado. Dos 420 hipertensos esperados, só tem acompanhamento 113. O objetivo do projeto de intervenção foi melhorar o controle nos pacientes hipertensos e deste jeito diminuir a demanda espontânea por condições agudas desta doença crônica e assim diminuir a mortalidade por seus agravos. A metodologia constou de três etapas: primeiro um diagnóstico situacional, uma revisão bibliográfica do tema e da elaboração de um plano de ação. Propõe-se uma parte educativa com atividades de promoção e prevenção, organizar o trabalho de grupos operativos, identificar fatores de risco associados na consulta de HIPERDIA e realizar busca ativa dos pacientes hipertensos na área de abrangência. Com isso pretende-se melhorar a qualidade de vida da população hipertensa.

Palavras chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Saúde do adulto. Doença Cardiovascular. Educação. Fatores de risco.

ABSTRACT

The Basic Health Unit Sacramento, Manhuaçu- of MG, has a catchment area of approximately 1096 families and 3893 inhabitants, distributed in 6 micro-regions, with a higher percentage of patients in adulthood for all seniors. The main problem of the population is the increase of spontaneous demand calls for acute conditions of chronic diseases such as hypertension, met as root causes, inadequate control and monitoring of hypertensive patients as one of the major diseases that lead to deaths vascular cause, bad habits and styles of inadequate lives of the population as the habit of smoking, alcohol use, unhealthy diets; lack of chronic diseases by the population increased STRESS, low prevalence of hypertensive patients as the expected percentage. Of the expected 420 hypertensive, only have monitoring 113. The objective of the intervention project is to improve control in hypertensive patients and this way decrease the spontaneous demand for acute conditions of chronic disease and consequently reduce mortality grievances. Methodologically actions to develop the project were done in three major stages, first a situational diagnosis, bibliographic review and the preparation of an action plan. To achieve the goal to work on the educational part of the problem with promotion and prevention activities, organize the work of operational groups, identify risk factors in HIPERDIA consultation and conduct an active search of hypertensive patients in the catchment area. Having the tasks done and achieved the ultimate goal aims to improve the quality of life in this population.

Key words: Hypertension. Risk factors. Adult health. Cardiovascular disease. Education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MG	Minas Gerais
ESF	Estratégia de Saúde de Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
NASF	Núcleo de apoio á saúde da família
UBS	Unidade Básica de Saúde.
GAT	Grupo de Atividade Terapêutica
GID	Grupo de insulínodépendente
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DST	Doença Sexualmente Transmissíveis
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
SIAB	Sistema de Informação na Atenção Básica
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
SUS	Sistema Único de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
Pud.Med	Publicações Médicas
PAS	Pressão arterial sistólica
PAD	Pressão arterial diastólica
DCV	Doença cardiovascular
AB	Atenção Básica

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO DA LITERATURA	20
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	24
REFERENCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

O município de Manhuaçu situa-se na porção este do Estado de Minas Gerais, nas proximidades da fronteira com o Espírito Santo. No contexto da divisão macrorregional mineira, Manhuaçu insere-se na Região II, correspondente à Zona da Mata. A taxa média de crescimento anual foi de 1,72% na última década; Em Minas Gerais e Brasil o crescimento anual foi de 1,01% no mesmo período. Com a população total estimada em 89.934 habitantes, Manhuaçu apresenta a densidade demográfica (número de habitantes por quilômetro quadrado) de 143,13 hab/km². (estimativa IBGE 2013)

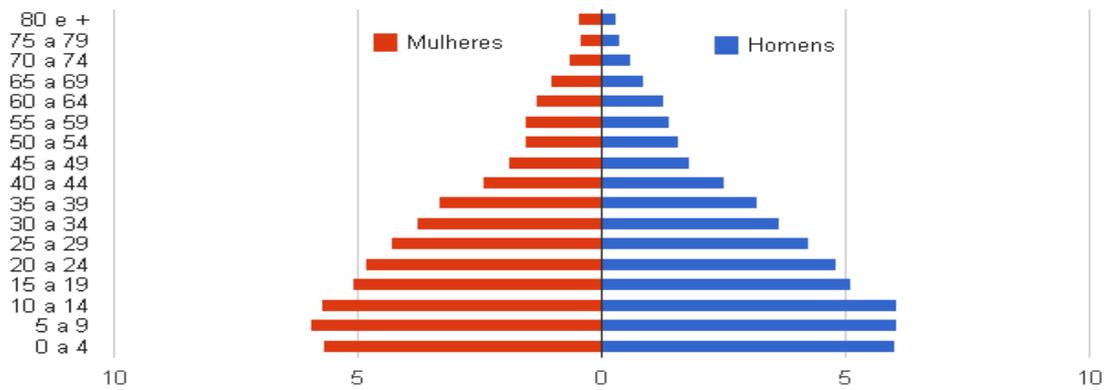
Considerando os percentuais encontrados no censo de 2010, a população residente atual (2013) é de 73.279 habitantes em área urbana e 16.655 em área rural. Quanto à faixa etária, observa-se que crianças e adolescentes (0 a 19 anos) compõem 34,32% da população, enquanto 10,07% é composta pela terceira idade (60 anos e mais). Nota-se assim o predomínio absoluto da população adulta tecnicamente ativa 20 a 59 anos correspondendo a 55,61% da população.

Existe ainda a predominância do sexo feminino 50,74% da população, correspondendo a 41.336 mulheres e 49,26% de residentes do sexo masculino, ou seja, 40.119 homens. O sexo masculino predomina até os 19 anos quando ocorre à inversão.

Observa-se claramente, nas pirâmides que seguem o aumento do número de adultos e idosos e redução no percentual de crianças e adolescentes.

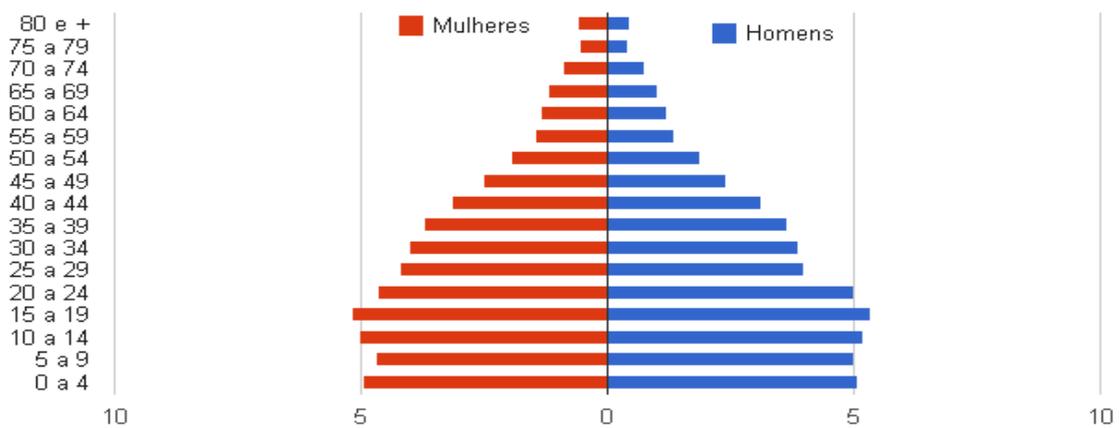
1991 Pirâmide etária - Manhauçu - MG

Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



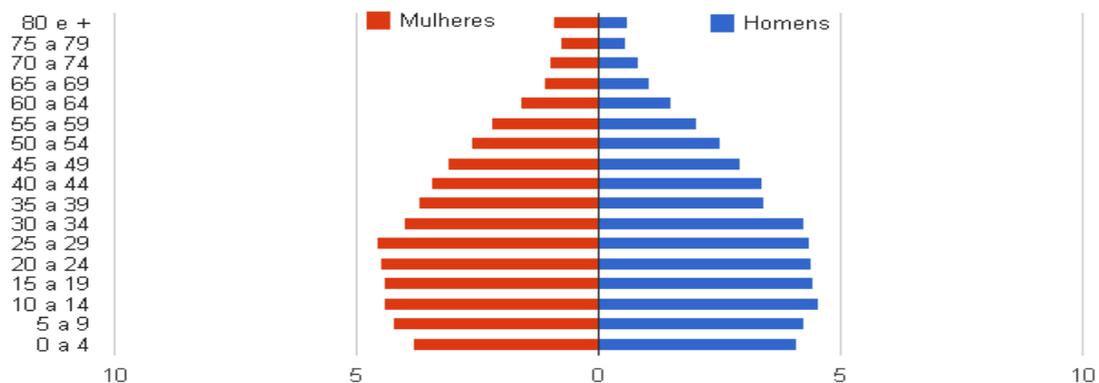
2000 Pirâmide etária - Manhauçu - MG

Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



2010 Pirâmide etária - Manhauçu - MG

Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



O Serviço de Atenção Primária do município de Manhuaçu engloba 19 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), 01 Unidade de Estratégia de Agentes Comunitários de saúde (ACS), 02 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 01 Unidade Básica de Saúde (UBS) que funciona nos moldes tradicionais. Todos sob uma coordenação central.

As 19 unidades de ESF, 01 unidade de saúde em Realeza e 01 Unidade Tradicional (Pedregal), são distribuídas nas áreas urbanas e rurais do município sendo: 15 urbanas (incluindo a Unidade Tradicional), 06 rurais e 03 unidades mistas, e atendem a 76% da população municipal.

A Unidade Básica de Saúde é urbana e atende à área não coberta pela estratégia de saúde da família.

As metodologias no acolhimento e demais atendimentos aos usuários estão sendo padronizados, somente o protocolo de Parto e Puerpério foi implantado. De maneira geral, as consultas médicas são organizadas da seguinte forma: um número de vagas reservadas para as consultas programadas e estas, são distribuídas por micro áreas, outra parcela das vagas é reservada à demanda espontânea e ainda um número menor de vagas ficam para urgências. As consultas de pré-natal e o atendimento a diabéticos e hipertensos acontecem em dias pré-definidos. O pré-natal de baixo risco é acompanhado pelo enfermeiro e médico em atendimentos intercalados, sendo os de médio e alto risco encaminhados à Policlínica e Centro Viva Vida.

Todas as unidades têm os seus prontuários classificados e identificados conforme classificação de risco orientada pelo Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. As unidades recebem vagas distribuídas uniformemente para todas as especialidades médicas disponíveis e as próprias unidades agendam as consultas e encaminham os pacientes para a Policlínica através de um formulário de referência e contra referência.

Para os exames laboratoriais, cada unidade possui uma quota semanal para coleta que acontece 2 vezes por semana. Os agendamentos e coletas acontecem nas Unidades de Saúde, de forma descentralizada.

As equipes do NASF são compostas por 03 assistentes sociais, 03 farmacêuticos, 02 Profissionais de Educação Física, 03 Psicólogos, 03 Nutricionistas, 03 fisioterapeutas. Em cinco anos de atuação o NASF implantou nove grupos educativos-terapêuticos: Grupos de Atividades Terapêuticas (GAT), Grupos de Insulinodependentes (GID), Grupos de Planejamento Familiar, Grupos de Orientação Familiar (usuários do Programa Bolsa-Família), Grupos de Reabilitação, Grupos de Pré-natal (gestantes), Grupo de Puericultura, Grupos HIPERDIA, Grupo de Adolescentes, Grupo Nascer (Psicologia infantil), Grupos Viver (usuários de benzodiazepínicos) e Grupos de Controle do Tabagismo (Projeto Anti-Tabaco).

A assistência farmacêutica funciona de forma centralizada, porém, ainda possui pequenas farmácias nas unidades de ESF. A farmácia central realiza a dispensação de medicamentos para asma, rinite, osteoporose, hipercolesterolemia, doença de Parkinson, omeprazol, medicamentos de uso psiquiátricos e kits para usuários de insulina; responsável pela previsão, provisão e distribuição de medicamentos para as unidades de saúde e monitoramento da farmácia do pronto atendimento, CAPS e programa DST.

No referente ao atendimento especializado, a Policlínica Municipal conta com atendimento para 16 especialidades: Infectologia, Urologia, Dermatologia (em consultório particular), Hematologia, Neurologia, Psiquiatria, Nutrição, Ginecologia, Pediatria, Ortopedia, Psicologia, Cardiologia, Reumatologia, Geriatria, Cirurgião (pequenas cirurgias), Enfermagem e Assistência Social.

A contratação de novos especialistas é dificultada pela baixa remuneração constante no Plano Municipal de Cargos e Salários, evidenciando a necessidade de revisão do mesmo.

O município conta com serviço de referência microrregional nas urgências e emergências ortopédicas, serviços de fisioterapia o qual é mantido com recursos próprios da secretaria Municipal de Saúde, serviços de reabilitação física, Programa de saúde auditiva, Centro de atenção psicossocial II e um

local especializado no tratamento de usuários de crack, álcool e outras drogas. Um centro de atenção reprodutiva ou Viva Vida.

O Hospital César Leite, único hospital do município, é um hospital filantrópico, de médio porte, com atendimento nas especialidades de clínica médica, pediátrica, neonatologia, obstetrícia, ginecologia, cirurgia geral, cirurgia buco-maxilo facial, neurocirurgia, cardiologia, pneumologia, urologia, gastroenterologia, angiologia, cirurgia plástica, oftalmologia, otorrinolaringologia, reumatologia, nefrologia, endocrinologia, dermatologia, geriatria, hematologia, hemodinâmica entre outros.

Observa-se uma demanda reprimida em relação a algumas especialidades como oftalmologia, otorrinolaringologia, odontologia, cirurgias de ortopedia, neurocirurgia, bem como exames como cintilografia miocárdica, ressonância magnética, etc. Alguns destes problemas ocorrem em decorrência da falta de prestadores para serviços com remuneração bastante deficitária. Por outro lado, em relação aos procedimentos de alta complexidade, com remuneração mais compatível, os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde são insuficientes para o atendimento da demanda e há necessidade de compra complementar para equilibrar a fila de espera.

O orçamento do Fundo Municipal de Saúde evidencia políticas e programa de trabalho governamental, observando o Plano Plurianual e a Lei de Diretrizes Orçamentárias, e os princípios da universalidade e equilíbrio.

O conselho Municipal de Saúde é uma entidade atuante (reuniões ordinárias toda primeira quarta-feira do mês) e seu desempenho pode ser observado na maneira como seus integrantes se articulam com suas bases sociais, como transformam os direitos e as necessidades em demandas e projeto de interesse público e como participam da deliberação da política de saúde a ser adotada no município.

A unidade de abrangência, objeto deste projeto, ESF Sacramento atende um total de 3893 usuários distribuídos em 1096 famílias em um total de 6 micro áreas, esta localizada na rua São Sebastião s/n, numa edificação locada e

adaptada, com a existência de escadas o que é uma dificuldade para seu acesso, tem 1 consultório médico, 1 consultório de enfermagem, 1 consultório odontológico e atinge uma população rural

O acesso à unidade de saúde pode ser através de transporte público, particular e caminhando até a unidade, sendo a última a forma mais utilizada pelos usuários a maioria moram em roças do distrito. A unidade fica à 3 km da rodovia BR 116, é de fácil acesso à maioria. Foi à quarta unidade a ser implantada no município, inaugurada em fevereiro de 2001.

São oferecidos serviços de acolhimento, vacinação, consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, dispensação de medicamentos, coleta de material para exames, encaminhamentos para consultas especializadas, visitas domiciliares, consulta pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, consulta de planejamento familiar, atividades educativas de promoção de saúde, avaliação de necessidade de transporte sanitário, entre outros.

Nos dados coletados, foi conhecido que 94,04 % da população consome água filtrada, 0,19% ferve a água, 1,77% utiliza água tratada e 4% consome água não tratada (SIAB 2014)

A Unidade implementa a Estratégia de Saúde da Família, o atendimento é feito diariamente, por uma equipe multiprofissional composta 11 ACS, 1 serviços gerais, 2 técnica de enfermagem, 1 enfermeira, 1 médico, 1 dentista e 1 técnico em saúde bucal. Além de profissionais como Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista e Técnico em Farmácia do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, que comparecem à unidade uma vez por semana.

O horário de trabalho esta estabelecido desde as 7:00 horas ate as 17:00 horas. As consultas são agendadas previamente e diariamente a equipe atende à demanda espontânea que passa por uma triagem onde é definida a conduta com cada paciente. Realiza-se acompanhamento das doenças crônicas em longo prazo e os pacientes que não podem ir até a unidade, por alguma

condição de incapacidade, recebe visita domiciliar, pelo médico, enfermeiro, dentista, técnico em enfermagem etc..

Tais visitas são agendadas previamente pelas agentes comunitárias de saúde que estão dia-a-dia nas suas respectivas micro áreas realizando um trabalho imprescindível de captação de enfermos, de cuidado com a saúde, de educação para a saúde, de orientação ao usuário etc., ou por qualquer outro profissional que em consulta sente a necessidade junto com usuário de realizar a visita domiciliar. A coleta de exames é feita semanalmente, facilitando a vida do usuário que não necessita deslocar-se até o centro da cidade para realizar exames básicos de rotina.

A unidade conta com uma boa estrutura física, tem uma área de recepção com assentos, sala de reunião, sala de vacinação, farmácia, sala de curativos, banheiros, consultório médico, de enfermagem e de odontologia. Os prontuários estão organizados por micro áreas e guardados em envelopes separados para cada família. A unidade tem grande parte de recursos necessários para uma atenção qualificada, embora ainda faltem alguns elementos básicos para maior resolutividade da demanda, como local para pacientes que necessitem de observação, aparelhos de nebulização, oxigênio, insulina regular e algum medicamento que acabam antes da renovação do estoque.

A equipe faz reuniões todos os meses, onde se definem as tarefas a realizar no processo de trabalho e são discutidos os problemas da área de abrangência. Deste jeito, junto a líderes comunitários e funcionários políticos, se discutiu o diagnóstico situacional, depois de definir os problemas e suas causas, efetuou-se a priorização conforme importância, urgência e capacidade para seu enfrentamento e chegamos à conclusão que o problema fundamental da população era o aumento de atendimentos de demanda espontânea por condições agudas de doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial, identificaram-se e desenharam as operações para os nós críticos e facilitaram a intervenção do problema.

2 JUSTIFICATIVA

Uma análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de hipertensos, mostra a necessidade de implantar políticas de Saúde que minimizem o sofrimento dessas pessoas e suas famílias, melhorando sua qualidade de vida. (BRASIL, 2013).

No Brasil a prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) é estimada em 35% com aumento proporcional a idade atingindo aproximadamente ao 75% da população acima de 70 anos. Sabe-se que a natureza assintomática da doença, a baixa adesão ao tratamento não farmacológico a utilização irregular da medicação, são uma das principais causas do controle insatisfatório, observado em boa parte dos pacientes (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Segundo Chan (2013), a hipertensão é uma doença com alta mortalidade, praticamente invisível e muitas vezes assintomática. Destacar e divulgar a doença são de vital importância em sua detecção precoce. Na hipertensão são importantes trocas urgentes no estilo de vida, portanto é necessário educar a população em relação aos passos e as medidas para o seu controle.

Para aumentar este conhecimento precisa-se de um sistema de serviços de saúde voltados para a promoção e promoção da saúde e prevenção de agravos, oferecendo cobertura de saúde para toda a população e apoiar os estilos de vida saudáveis, estabelecer regimes alimentares equilibrados, evitar o uso nocivo do álcool, realizar exercício físico regularmente e diminuir o hábito de fumar.

Na área de abrangência da ESF de Sacramento detectaram-se que dos 420 (20% de >20 anos) pacientes esperados com HAS só estão cadastrados 235, segundo o SIAB (2010), desse total estão confirmados 113 com acompanhamento conforme protocolo e 82 com bom controle. Entanto aumenta as condiciones aguda de esta doença crônica o que provoca um aumento da demanda espontânea, os agravos aumentam, a mortalidade tem

tendências de acrescentamento e os gastos em saúde e o sofrimento de pacientes e suas famílias olham-se comprometidas.

Aos dados estatísticos coletados para desenvolver o diagnóstico situacional soma-se o baixo nível de informação em relação a DCNT suas causas e complicações, o sedentarismo, aumento no consumo do álcool, o estresse, o tabagismo e os maus hábitos alimentares, o que justifica a importância que este projeto tem para a comunidade atendida.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção que diminua os atendimentos em demanda espontânea, por condições agudas em usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica, na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Sacramento, capaz de minimizar os agravos desta doença e promover a qualidade de vida da população em geral.

4 METODOLOGIA

Para fazer o plano de intervenção se utilizou o método de Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Foi feito um diagnóstico situacional pelo método de Estimativa Rápida tendo como fonte de dados os registros da unidade básica de saúde, bases de dados do SIAB, prontuários, os dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do município, a observação direta em tudo o processo de trabalho, entrevistas a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), líderes comunitários e políticos. Além disso foram considerados dados das bases nacionais estatísticas como os apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE/2010).

O informe do Diagnóstico Situacional foi discutido com a equipe de saúde junto à comunidade e seus líderes, funcionários políticos e administrativos, se identificaram os principais problemas, e se definiram as prioridades conforme a sua importância, a urgência de solução e a capacidade para seu enfrentamento. Depois se descreveram e explicaram o principal problema para chegar aos nós críticos e elaborar o plano de ação sobre eles.

Para desenvolver a revisão da literatura foi feito um estudo e procura de documentação referente ao tema objeto do trabalho, foram consultadas a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a base de dados do Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Publicações Médicas (PubMed) compreendendo publicações em idioma português e espanhol entre os anos 2003 e 20145. Os descritores para busca de textos foram: hipertensão arterial sistêmica, fatores de risco, saúde do adulto, doença cardiovascular e educação.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, seu início é silencioso, e tem agravos importantes para os sistemas cardiovascular e renovascular (ALMEIDA *et.al.*2006). É também o principal fator de risco para as complicações cerebrovasculares. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais (BRASIL, 2006)

O desenvolvimento da hipertensão, o seu diagnóstico e tratamento vem sendo negligenciado, o que faz com que a adesão ao tratamento prescrito seja baixa por parte dos pacientes. Sendo assim, um dos principais fatores é a dificuldade no controle da hipertensão devido à recusa dos pacientes que não aceitam que a condição da doença crônica não tem cura (BRASIL, 2006).

A hipertensão arterial sistema é definida como a persistência de níveis de pressão arterial sistólica (PAS) iguais ou acima de 140 mmHg e níveis de pressão arterial diastólica (PAD) iguais ou acima de 90 mmHg aferidos em três ou mais oportunidades diferentes e em indivíduos que não estão fazendo uso de anti-hipertensivos. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010)

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade no Brasil desde os anos 60, estima-se que a HAS atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de vinte anos , sendo responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40 % das aposentadorias precoces além dos custos para as famílias e os governos. (DIAZ, ANDRADE, 2002)

A prevalência média de Hipertensão Arterial Sistêmica na população adulta é ligeiramente maior em mulheres (25,5%) do que em homens (20,7%). Em ambos os sexos, os indivíduos com até oito anos de escolaridade são os que mais referem o diagnóstico médico de HAS e o diagnóstico se torna mais comum com o avançar da idade, alcançando 50% dos indivíduos na faixa

etária de 55 anos ou mais de idade (BRASIL, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo são atribuídas à elevação da PA, sendo 54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração, a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico; em mais da metade os mortos por hipertensão tem entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

A implementação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde - SUS, enquanto o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões³⁰. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010)

A ampliação da cobertura dos serviços básicos de saúde proporcionada pela Estratégia Saúde da Família melhorou o acesso da população aos serviços básicos de saúde. Essa estratégia permitiu, entre outros avanços, a criação de vínculo entre os usuários e a Equipe de Saúde da Família, favorecendo um acompanhamento mais sistemático e a ampliação das atividades de promoção e prevenção. Esses avanços vieram somar esforços à implantação das diretrizes propostas pelo Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial. (LESSA, 2004)

As mudanças dos estilos de vida, tanto individual ou coletiva, são fundamentais para a prevenção da hipertensão arterial e para alcançar as medidas pressóricas adequadas preconizadas pelo Ministério de Saúde, são recomendadas, uma alimentação adequada, diminuição do consumo de sal; controle do peso; prática de atividade física; diminuição do uso de tabaco e álcool (BRASIL, 2006).

Para Fróes, (2014), a Política Nacional de Promoção à Saúde, que as atividades físicas devem fazer parte dos trabalhos da atenção básica, e que se devem buscar parcerias intersetoriais para garantir espaços públicos e realizar mobilização da população. Além de auxiliar no controle da pressão, as atividades físicas contribuem para melhora das condições físicas e psicológicas.

De acordo com Longo *et al.* (2009), o controle e o diagnóstico da hipertensão tem sido atribuição da Saúde da Família e tem caráter de ação prioritária na saúde do adulto em sua fase inicial e é uma ação estratégica de atuação após o Pacto em Defesa da Vida de 2005.

Pensando nisso, a Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada em 2006, prioriza ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool, inclusive com transferência de recursos a estados e municípios para a implantação dessas ações de uma forma intersetorial e integrada (BRASIL, 2010).

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão.

Nesse contexto, entende-se que nos serviços de AB um dos problemas de saúde mais comuns que as equipes de Saúde enfrentam é a HAS e que existem dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos usuários. Estudos apontam que em países com redes estruturadas de AB, 90% da população adulta consulta, pelo menos uma vez ao ano, seu médico de família (SHARMA *et al.*, 2004). Mesmo assim, existem dificuldades no diagnóstico e no seguimento ao tratamento (GRANDI *et al.*, 2006; MARQUEZ CONTRERAS *et al.*, 2007; BONDS *et al.*, 2009; OGEDEGBE, 2008).

5.2 ESF e a educação continuada no controle da Hipertensão

A Estratégia da saúde da família (ESF) é caracterizada pela multidisciplinaridade do trabalho em equipe. Uma das principais ferramentas para promoção da saúde, prevenção (primária ou secundária) de doenças e integralidade é o trabalho em grupo. (OLIVEIRA, 2013).

Pensar em trabalho com grupos de hipertensos implica observar as condições nas que essas doenças apareceram nessa população, esta atividade é uma das mais utilizadas na ESF e que contribui ao acompanhamento de pessoas com HAS, mas há que conhecer a cultura do grupo. (FERNANDES, 2013)

A técnica do grupo operativo pressupõe a tarefa explícita (aprendizagem, diagnóstico ou tratamento), a tarefa implícita (o modo como cada integrante vivencia o grupo) e o enquadre que são elementos fixos (o tempo, a duração, a frequência, a função do coordenador e do observador).(BASTOS, 2010).

A mudança, que é o objetivo primordial de todo grupo operativo, envolve todo um processo gradativo, onde os integrantes passam a assumir diferentes papéis frente á tarefa grupal. assim há um momento de pré-tarefa onde há uma resistência dos integrantes ao contato com os outros e consigo mesmo. (SOARES, 2007)

Na medida em que o grupo se desenvolve surgem a ansiedade e o medo de deparar-se com algo que possa surpreender e pensar de forma diferente do mundo e de si mesmo. A partir do momento em que é possível elaborar ansiedades básicas, romper com estereotípias, abrir-se para o novo, pode-se dizer que o grupo está na tarefa, passa a percorrer uma trajetória para atingir os objetivos, aprende-se a problematizar as dificuldades e elaborar um projeto comum. A partir daí já é possível e pode passar a operar um projeto de mudanças. (BASTOS, 2010)

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Depois de ter os dados coletados e feita a análise da situação de saúde, a equipe de Sacramento junto a líderes da comunidade e funcionários da secretaria de saúde chegou á conclusão que os principais problemas de saúde da área de abrangência são:

- ✚ Aumento de atendimentos de demanda espontânea por condições agudas de doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial.
- ✚ Ausência de dados estadísticos de outros anos que permita fazer um adequado planejamento e organização do trabalho no ESF.
- ✚ Alta incidência de indivíduos com problemas de saúde mental.
- ✚ Alta incidência do baixo peso ao nascer na área de abrangência.
- ✚ Aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

Depois de ter identificado os principais problemas, foram definidas as prioridades para dar solução imediata, mediata ou a longo prazo, ficando o início do plano de intervenção deste jeito:

Quadro 1 Problemas encontrados na ESF Sacramento, e sua priorização.

Problema	importância	Urgência	Capacidade para enfrentar	Seleção
Aumento de atendimentos de demanda espontânea por condições agudas de DCNT(hipertensão).	Alta	7	Parcial	1
Aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares.	Alta	6	Parcial	2
Alta incidência de indivíduos com problemas de saúde mental	Alta	5	Parcial	3
Alta incidência do baixo peso ao nascer na área de abrangência	Alta	5	Fora	4

Quadro 2 Descrição do problema principal: Aumento de atendimentos de demanda espontânea por condições agudas de doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão.

Descritores/ 2013	Valores	Fonte
Hipertensos esperados	420	Epidemiologia (20% de >20 anos)
Hipertensos diagnosticados	235	SIAB
Hipertensos consultados em Janeiro-Dezembro (2013) consultas agendadas	113	Prontuários
Consultas de demanda espontânea por hipertensão em Janeiro-Dezembro (2013)	350	Estadísticas da ESF
Hipertensos controlados	82	Prontuários
Internações por emergências hipertensivas Janeiro-Dezembro (2013)	150	Estadísticas do Pronto Atendimento
Internações por causa cardiovascular (Infarto do miocárdio) Janeiro-Dezembro (2013)	85	SIAB
Óbito por causa cardiovascular Janeiro-Dezembro (2013)	25	Estadísticas de saúde

Explicação do problema principal

Para encontrar a explicação ao problema foram propostas diferentes justificativas dos participantes no debate, identificando-se os 4 nós críticos para desenvolver as diferentes ações no plano de intervenção.

1. Na unidade Básica de Saúde não se tem registro estatísticos da quantidade real de Hipertensos cadastrados.
2. Maus hábitos e estilos de vida inadequados da população.
3. A equipe não tem uma consulta de HIPERDIA estável conforme os protocolos estabelecidos.
4. Falta de conhecimento e habilidades por parte dos integrantes de equipe sobre fatores de risco e sua influencia sobre as doenças crônicas.

Depois de ter discutido o diagnóstico situacional e identificar os problemas da área de abrangência da ESF de Sacramento realizou-se em conjunto o desenho das operações, a identificação dos recursos críticos, construindo-se o plano de intervenção. As ações desenvolvidas para cada nó crítico estão descritas nos quadros que seguem.

Quadro 3- Desenho das operações sobre nó crítico 1 .

Nó crítico 1	Na unidade Básica de Saúde não se tem registros estadísticos da quantidade de Hipertensos cadastrados.
Operação	-Melhorar o cadastro dos pacientes hipertensos da unidade básica de saúde. -Realizar atividades para pesquisa ativa de pacientes Hipertensos na comunidade.
Projeto	Mais cadastro
Resultados esperados	Aumento dos hipertensos cadastrados.
Produtos esperados	Pacientes hipertensos com melhor controle.
Atores sociais /responsabilidades	A.C.S, Enfermeiro, auxiliar de enfermagem
Recursos necessários	Estrutural. Instrumental medica para aferir pressão arterial, espaço com condições adequadas para os procedimentos. Cognitivo: Conhecimento científico acerca dos temas abordados. Organizacionais: Adequar a agenda dos atores sociais responsáveis. Financeiro: Aquisição formulários e folhas para os registros estadísticos Político: Articulação entre os setores sociais.
Recursos críticos	Financeiro: Aquisição formulários e folhas para os registros estadísticos
Controle dos recursos críticos/Viabilidade	Secretaria de Saúde Motivação favorável
Ação Estratégica de motivação	Apresentar o projeto
Responsáveis	Coordenador da UBS
Cronograma/ Prazo	3 meses para inicio das atividades
Gestão acompanhamento e avaliação	Gestor do projeto. Avaliações mensais

Quadro 4- Desenho das operações sobre nó crítico 2

Nó crítico 2	Maus hábitos e estilos de vida inadequados da população.
Operação	-Desenvolver ações educativas em espaços desenhados na unidade básica de saúde, escolas, comunidade, para promoção de hábitos e estilos de vidas saudáveis. -Desenvolver ações de promoção e divulgação sobre fatores de risco da HAS. -Capacitar às ACS sobre fatores de risco e complicações da hipertensão arterial sistêmica.
Projeto	Educando
Resultados esperados	-Mudanças nos hábitos e estilos de vida não saudáveis -Aumentar o conhecimento dos fatores de risco da hipertensão na população e na própria equipe de saúde.
Produtos esperados	População e profissionais da saúde com conhecimentos básicos sobre HAS.
Atores sociais /responsabilidades	Médico, Enfermeira e auxiliar de enfermagem.
Recursos necessários	Organizacionais: Locais para fazer palestras e colocar pôsteres informativos, folhetos, folhas etc. Cognitivo: Conhecimentos científicos sobre o tema Políticos: Conseguir o local e articulação Inter setorial. Conseguir espaços educativos na radio local. Financeiro: Aquisição de recursos educacionais, Folhetos e mídias audiovisuais.
Recursos críticos	Financeiro: Aquisição de recursos educativo e audiovisuais. Política: Conseguir local para atividades educativas e espaço na radio local.
Controle dos recursos críticos/Viabilidade	-Prefeito Municipal Motivação Favorável -Secretaria de Saúde Motivação favorável
Ação Estratégica de motivação	Apresentar projeto
Responsáveis	Coordenador da unidade básica de saúde
Cronograma/ Prazo	3 meses para inicio das atividades
Gestão acompanhamento e avaliação	Gestor do projeto, avaliações mensais.

Quadro 5- Desenho das operações sobre nó crítico 3

Nó crítico 3	A equipe não tem uma consulta de HIPERDIA estável conforme os protocolos estabelecidos.
Operação	<ul style="list-style-type: none"> -Definir frequência das consultas de atenção ao paciente hipertenso. -Identificar os fatores de risco associados aos pacientes com HAS e fazer estratificação de risco cardiovascular. -incorporar pacientes com recente diagnostico as consultas -Trabalho em grupo com pacientes incorporados às consulta. -Capacitar á equipe no desenvolvimento da consulta
Projeto	Melhor Seguimento
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> -Controle e acompanhamento dos pacientes hipertensos conforme o protocolo. -Pacientes hipertensos classificados de acordo ao risco cardiovascular. -Pessoal de saúde capacitado
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolvimento da consulta HIPERDIA. -Pacientes Hipertensos controlados. -Diminuição de agravos e consultas de demanda espontâneas por condição aguda da HAS.
Atores sociais /responsabilidades	Medico, Enfermeira, auxiliar de enfermagem
Recursos necessários	<p>Organizacionais: Consulta com condições adequadas disponibilizadas, adequar agenda do medico e enfermeira, agenda aberta para consultas programadas.</p> <p>Cognitivo: conhecimento científica sobre o tema</p> <p>Financeiro: Recursos necessários para equipamentos da consulta. Recursos para compra de medicamentos, exames e consultas especializadas.</p> <p>Político: decisão de aumentar o financiamento para o desenvolvimento da consulta. Articulação entre os setores assistenciais da saúde.</p>
Recursos críticos	<p>Financeiro: Recursos necessários para equipamentos da consulta. Recursos para compra de medicamentos, exames e consultas especializadas.</p> <p>Político: Decisão de aumentar o financiamento para o desenvolvimento da consulta. Articulação entre os setores assistenciais da saúde.</p>
Controle dos recursos críticos/Viabilidade	Secretaria de Saúde Motivação favorável

Ação Estratégica de motivação	Apresentar o projeto
Responsáveis	Enfermeira, medico
Cronograma/ Prazo	3 meses para inicio das atividades
Gestão acompanhamento e avaliação	Gestor do projeto, avaliações mensais.

Quadro 6- Desenho das operações sobre nó crítico

Nó crítico 4	Falta de conhecimento e habilidades por parte dos integrantes de equipe sobre fatores de risco e a influencia sobre as doenças crônicas.
Operação	-Realizar atividades educativas nos integrantes da equipe sobre identificação dos fatores de risco e sua influencia nas doenças crônicas. -Desenvolver habilidades em os integrantes da equipe sobre a identificação de agravos nos pacientes hipertensos.
Projeto	Mais Preparados
Resultados esperados	Membros da equipe com mais conhecimento e habilidades sobre fatores de risco e sua influencia nas doenças crônicas como hipertensão.
Produtos esperados	Integrantes da equipe mais preparados para enfrentar o problema.
Atores sociais	Medico, enfermeiro
Recursos necessários	Organizacionais: Adequação das condições dos espaços para as atividades educativas. Adequar a agenda dos atores sociais responsáveis. Cognitivo: Conhecimento científica do tema Financeiro: Aquisição de recursos educacionais, Folhetos e médios audiovisuais. Político: Conseguir o local e articulação Inter setorial.
Recursos críticos	Financeiro: Aquisição de recursos educacionais, Folhetos e médios audiovisuais. Político: Conseguir o local e articulação Inter setorial.
Viabilidade	-Secretario de Saúde Motivação favorável.
Ação de motivação	Apresentar o projeto
Responsáveis	Enfermeira coordenadora da ABS e medico
Cronograma	3 meses para o inicio das atividades
Gestão, avaliação	Gestor do projeto e avaliações mensais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a aplicação do plano de ação pretende-se trabalhar as necessidades educativas relacionadas com os maus hábitos e estilos de vida, divulgar causas e complicações da HAS, realizar pesquisa ativa de pacientes hipertensos e incorpora- los á consulta de HIPERDIA, definir os fatores de risco associados. Serão necessários recursos humanos capacitados, estratégias de comunicação para a mobilização da população alvo, será preciso articular parceria da ESF com a Secretaria de Saúde do município e da ESF com centros de atenção secundários. Será preciso fazer adequações na agenda dos integrantes da equipe e serão necessários recursos financeiros e espaços para a realização das atividades.

Na Atenção Primária todas as atividades de educação, promoção e prevenção de saúde tem como objetivos principais lograr transformações da forma de agir dos indivíduos, ao final desta intervenção esperamos como resultado pacientes com melhor controle e acompanhamento conforme protocolo, aumento dos conhecimentos sob os fatores de risco da HAS, mudanças nos hábitos e estilos de vida não saudáveis, integrantes da equipe mais preparados para enfrentar o problema, e assim puder ter as ferramentas necessárias para evitar as complicações da HAS, que já cobraram muitas vidas por inadequado controle.

REFERENCIAS

ALMEIDA, V. et al. **Atenção á saúde do adulto, Hipertensão e Diabetes**. Secretaria de Estado de saúde de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2006.

BASTOS, A. B. A técnica de grupos-operativos á luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. In: **Psicol. informação**, ano 14, n.14, jan./dez. 2010.p.160-169 [online] Disponível em: < <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/viewFile/2348/2334>> Acesso em: 10 de julho 2015

BONDS, D. E. et al. A multifaceted intervention to improve blood pressure control: The Guideline Adherence for Heart Health (GLAD) study. **American Heart Journal**, Saint Louis, v. 157, n. 2, p. 278-284, feb. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica Nro 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus. Brasília, p.20, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.58p.(Cadernos de Atenção Básica; 16). (Serie A, Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde/** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. - 3.ed-Brasilia: Ministério da Saúde, 2010. 60p.-(Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006;v.7)

CAMPBELL, NORMAN R. C. et al. Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program. **J. Hypertension**, USA, v. 21, n. 8, p. 1591-1597, aug. 2003.

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

CHAN, M. Información general sobre la hipertensión en el mundo. OMS 2013, p. 5 Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf

DIAZ O. R, ANDRADE L.P. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil e no mundo. **Rev. Bras. Hipertens.** 9: 21-23, 2002

FERNANDES, M. T.; SILVA, L.; SOARES, S. M.. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 1331-1340, 2013 .Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700067&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700067>.

FRÓES S. S. Projeto de Intervenção para aumentar os indicadores de adesão terapêutica dos hipertensos no território da Unidade de Saúde do Acari, Pintópolis, MG. 2014. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4332.pdf> Acesso em 26 de jul de 2015..

GRANDI, A. M. et al. Longitudinal study on hypertension control in primary care: the Insubria study. **American Journal Hypertension**, USA, v. 19, n. 2, p. 140-145, feb. 2006.

Lessa I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa de vigilância. **Cien Saude Colet** 2004; 9(4):931-943.

LONGO, G. Z. et al. Prevalência de níveis pressóricos elevados e fatores associados em adultos de Lages/SC. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, vol. 93, n. 4, Out. 2009.

MARQUEZ CONTRERAS, E. et al. Are hypertensive patients managed in primary care well evaluated and controlled? **HICAPstudy Na Med Interna**, USA, v. 24, n. 7, p. 312-316, jul. 2007.

OGEGEBE, G. Barriers to optimal hypertension control. **Journal of Clinical Hypertension**, Greenwich, v. 10, n. 8, p. 644-646, aug. 2008.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. p. 158-164, Set. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Nov. 2015.

ONYSKO, Jay et al. Large Increase in Hypertension Diagnosis and Treatment in Canada after a health care professional education program. **Hypertension**, USA, v. 48, n. 5, p. 853-860, set. 2006

SHARMA, A. M. et al. High prevalence and poor control of hypertension in primary care: crosssectional study. **J. Hypertension**, USA, v. 22, n. 3, p. 479-486, mar. 2004.

SOARES, Sônia Maria and FERRAZ, Aidê Ferreira. **Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias**. *Esc. Anna Nery* [online]. 2007, vol.11, n.1, pp. 52-57.

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

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Rev. Bras. Hipertens.** V.17, n.1,Jan./Mar., 2010. 69p. [online]. Disponível em: http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RD_HA_6485.pdf Acesso em: 2 de Agosto de 2015

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.