

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

YELINA GOMEZ GOMEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA DOS INDIVÍDUOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF
V SANTANA DA SERRA DO MUNICÍPIO DE CAPITAO ENÉAS / MG**

MONTES CLAROS / MG

2018

YELINA GOMEZ GOMEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA DOS INDIVÍDUOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF
V SANTANA DA SERRA DO MUNICÍPIO DE CAPITAO ENÉAS / MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado na Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Dra. Suelene Coelho.

MONTES CLAROS / MG

2018

YELINA GOMEZ GOMEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA DOS INDIVÍDUOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF
V SANTANA DA SERRA DO MUNICÍPIO DE CAPITAO ENÉAS / MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Dra. Suelene Coelho – Orientadora UFMG

Examinador 2: Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano – Examinadora -
UFSJ

Aprovado em Belo Horizonte, em 12 de Junho de 2018.

DEDICATÓRIA

À minha família, pais, esposo, filho. Eles são responsáveis pelo sucesso obtido e por cada degrau avançado, pelo tempo de nossas vidas. Durante todos esses anos vocês foram para mim um grande exemplo de força, coragem, perseverança e energia infinita para eu nunca desistir ante ao primeiro obstáculo encontrado. Vocês são e sempre serão heróis e, simplesmente, aqueles a quem mais amo. Obrigada por estarem sempre me acompanhando. Vocês me ensinaram lições para toda a vida.

AGRADECIMENTOS

A meus colegas de trabalho da Equipe de Saúde da Família V / Santana da Serra, por fazer deste ano de trabalho uma experiência muito interessante e boa na minha formação.

A professora Suelene Coelho, por toda a orientação e conhecimento transmitido.

Ao povo brasileiro, por me dar a oportunidade de compartilhar suas experiências na saúde.

Aos pacientes da Comunidade de Santana da Serra por terem paciência e compreensão, sobretudo, na hora da comunicação, muito obrigada...

EPIGRAFE

“O futuro pertence àquele que acredita na beleza dos seus sonhos”

Eleanor Roosevelt

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível que afeta um grande número de pessoas na população brasileira, de alta prevalência pela quantidade de fatores de risco, como: hipercolesterolemias, obesidade, tabagismo, sedentarismo, stress, ingestão excessiva de sal, histórico familiar e o difícil controle dela. Desse modo, este trabalho tem como objetivo elaborar um plano de intervenção para promover o controle adequado dos níveis pressóricos, o controle e o tratamento adequado dos pacientes hipertensos residentes no território da ESF V – Santana da Serra, essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos do Município de Capitão Enéas / MG. Foram identificados os nós críticos relacionados ao inadequado processo de trabalho da equipe de saúde, hábitos e estilo de vida pouco saudáveis e baixo nível de informação da população. Foram propostas ações para um modo de estilo de vida mais saudável por meio da realização de atividades de educação em saúde abordando os seguintes temas: prática de exercícios físicos, alimentação adequada, perigos do álcool e do fumo, dentre outros. Espera-se com este trabalho implementar a linha de cuidados para a HAS com o intuito de aumentar o registro e o controle de usuários diagnosticados com HAS, proporcionando uma melhoria na saúde da população, no processo de trabalho da equipe de saúde da família e nos dados epidemiológicos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Palavras-chave: Hipertensão; Fatores de risco; Promoção da saúde.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SH) is a non-transmissible chronic disease that affects a large number of people in the Brazilian population, which is highly prevalent due to the number of risk factors, such as hypercholesterolemias, obesity, smoking, sedentary lifestyle, stress, excessive salt intake, family history and her difficult control. Thus, this study aims to develop an intervention plan to promote adequate control of blood pressure levels, control and appropriate treatment of hypertensive patients residing in the territory of the Santana da Serra ESF, essential for the reduction of adverse cardiovascular events Municipality of Captain Enéas / MG. Critical nodes related to the inadequate work process of the health team, habits and unhealthy lifestyle and low level of information of the population were identified. Actions were proposed for a healthier way of life through health education activities addressing the following topics: physical exercise, adequate nutrition, alcohol and tobacco dangers, among others. The aim of this work is to implement the Health Care Line with the aim of increasing the registration and control of users diagnosed with SAH, providing an improvement in the health of the population, in the work process of the family health team, and epidemiological data from the Primary Care Information System (SIAB)

Key words: Hypertension; Risk factors; Health promotion.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

pg

| | | |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes do Município Capitão Enéas / MG | 13 |
| Tabela 2 | Estrutura Etária da População do Município Capitão Enéas / MG.pg. | 15 |
| Tabela 3 | Ocupação da população de 18 anos ou mais no Município Capitão Enéas / MG | 16 |
| Tabela 4 | Vulnerabilidade Social nos anos 1991, 2000 e 2010, no Município Capitão Enéas / MG | 19 |
| Quadro 1 | Distribuição da População de Capitão Enéas / MG por faixa etária e sexo / 2012 | 14 |
| Quadro 2 | Doenças ou condição referência da população da área de abrangência da ESF V - Santana da Serra em Capitão Enéas / MG | 24 |
| Quadro 3 | Priorização dos problemas da área de abrangência da ESF V Santana da Serra, em Capitão Enéas / MG | 24 |
| Quadro 4 | Desenho das operações para solução dos nós críticos elaborados pela equipe de saúde da ESF V Santana da Serra, em Capitão Enéas / MG | 34 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------|---------------------------------------------------|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde. |
| ALC | Alcoolismo. |
| CMS | Conselho Municipal Saúde. |
| CHA | Chagas. |
| DEF | Deficientes Físicos. |
| DIA | Diabetes Mellitus. |
| DME | Deficientes Mentais. |
| ESF | Equipe de Saúde da Família. |
| EPI | Epilepsia. |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica. |
| IBGM | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. |
| IDHM | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal |
| PA | Pressão Arterial. |
| PES | Planejamento Estratégico Situacional. |
| SESP | Serviço de Saúde a População. |
| SIAB | Sistema de Informação de Atenção Básica. |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1 | Breves informações sobre o Município de Capitão Enéas..... | 12 |
| 1.2 | O Sistema Municipal de Saúde..... | 20 |
| 1.3 | A Equipe de Saúde da Família V do Município de Capitão Enéas, MG: seu território e sua população..... | 22 |
| 1.4 | Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)..... | 23 |
| 1.5 | Priorização dos problemas e justificativa do projeto de intervenção..... | 24 |
| 2 | OBJETIVO | 26 |
| 3 | MÉTODO | 27 |
| 4 | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 28 |
| 5 | PLANO DE AÇÃO | 33 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 36 |
| | REFERÊNCIAS | 38 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o Município de Capitão Enéas

O Município de Capitão Enéas está localizado ao Norte de Minas Gerais, na área do alto-médio São Francisco, distando 471 km de Belo Horizonte e 58 km de Montes Claros. Faz limite com os Municípios de Montes Claros, Francisco Sá, Janaúba e São João da Ponte. Com uma população estimada de 15.237 habitantes, para o ano de 2017 e uma área total de 971,583 km², sua densidade demográfica é de 15,68 habitantes por Km² (BRASIL, 2017).

A cidade de Capitão Enéas surgiu quando uma expedição organizada pelo Capitão Antônio Gonçalves Figueira buscava ligar Montes Claros-MG ao Rio Gorutuba e aos currais da Bahia. Ao alcançarem a região próxima a serra do Catuni, próximo a uma pequena lagoa, foi montado acampamento pelo Capitão e seus homens, que ao erguerem uma cruz, acabaram assinalando o futuro Município de Brejo das Almas, que hoje é denominado Francisco Sá-MG (CAPITÃO ENÉAS, 2017).

Brejo das Almas possuía um distrito que se chamava Burarama de Minas (distrito de Francisco Sá), que, em 5 de setembro de 1965 modificou o nome para “Capitão Enéas”. O Município possui 2 distritos (Caçarema e Santana da Serra); 2 povoados (Orion e Virgilândia); e 7 comunidades rurais - Serrote, Mucambo, Barra do Córrego, Barreiro de Dentro, Malhada Real, Poção e Poço do Pedro (CAPITÃO ENÉAS, 2017).

Com relação à economia, o município possui um PIB per capita de 14.314,16, sendo que 91,3% de sua receita é oriunda de fontes externas. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) era 0,639 de acordo com o Censo de 2010, situando o Município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio, ou seja, entre 0,600 e 0,699. A longevidade, com índice de 0,806, foi a dimensão que mais contribuiu para o IDHM do município, seguida pela Renda, cujo índice foi de 0,573, e por último, a Educação, com índice de 0,565 (BRASIL, 2017).

Na Tabela 1, compilada do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (BRASIL, 2013a, s. p.) é possível verificar a evolução do IDHM do município de Capitão Enéas nos anos 1991, 2000 e 2010. De 1991 a 2000, o IDHM passou de 0,367 para 0,506

em 2000 - uma taxa de crescimento de 37,87%. Desse modo, o hiato de desenvolvimento humano foi diminuído em 78,04%. A dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi educação (com crescimento de 0,199), seguida por longevidade e por renda.

Tabela 1- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Município Capitão Enéas / MG.

| IDHM e componentes | 1991 | 2000 | 2010 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| IDHM Educação | 0,154 | 0,353 | 0,565 |
| % de 18 anos ou mais com fundamental completo | 15,29 | 23,27 | 40,56 |
| % de 5 a 6 anos na escola | 31,16 | 62,84 | 87,67 |
| % de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo | 17,61 | 65,13 | 87,48 |
| % de 15 a 17 anos com fundamental completo | 3,96 | 29,83 | 59,43 |
| % de 18 a 20 anos com médio completo | 9,08 | 16,23 | 32,13 |
| IDHM Longevidade | 0,652 | 0,706 | 0,806 |
| Esperança de vida ao nascer | 64,10 | 67,36 | 73,37 |
| IDHM Renda | 0,493 | 0,519 | 0,573 |
| Renda per capita | 171,90 | 201,98 | 282,97 |

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

O IDHM do município passou de 0,367, em 1991, para 0,639, em 2010, o que implicou em uma taxa de crescimento de 74,11% para o município e uma redução de 57,03% do hiato de desenvolvimento humano. Nesse período, a educação foi o índice que mais cresceu em termos absolutos (0,411), seguida por longevidade e por renda (BRASIL, 2013a).

No último censo, realizado em 2010, a população de Capitão Enéas era de 14.206 habitantes com uma densidade demográfica de 14,62 hab. Por Km². A população da

área urbana corresponde a 11.520 habitantes, o equivalente a 81,09% do número total, e na zona rural são 2.686, que corresponde a 18,91% (BRASIL, 2017). O número aproximado de domicílios e famílias é de 3788 famílias, sendo que a taxa de urbanização é de 84,36 %. Assim, entre 1991 e 2000, houve uma taxa média anual de crescimento de 1,25% da população do município (BRASIL, 2013a). De acordo com o IBGE, a estimativa da população para 2017 foi de 15.237 pessoas (BRASIL, 2017).

No Quadro 1 é possível verificar a distribuição por faixa etária e sexo da população de Capitão Enéas, no ano de 2012.

Quadro 1 - Distribuição da População de Capitão Enéas / MG por faixa etária e sexo / 2012.

| Faixas Etárias | Homem | Mulher | Total |
|----------------|--------------|--------------|---------------|
| 00-04 | 590 | 570 | 1.160 |
| 05-09 | 726 | 705 | 1.431 |
| 10-14 | 833 | 807 | 1.640 |
| 15-19 | 871 | 779 | 1.650 |
| 20-29 | 1.252 | 1.185 | 2.437 |
| 30-39 | 910 | 968 | 1.878 |
| 40-49 | 854 | 774 | 1.628 |
| 50-59 | 562 | 552 | 1.114 |
| 60-69 | 332 | 351 | 683 |
| 70-79 | 196 | 214 | 410 |
| 80+ | 77 | 98 | 175 |
| Total | 7.203 | 7.003 | 14.206 |

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas.

Verifica-se que a estrutura etária do município de Capitão Enéas vem apresentando uma inversão populacional com um número menor de crianças de 0 a 4 anos, de 5 a 9 e de adolescente de 10 a 14 anos, apontando para uma modificação do desenho da pirâmide devido à diminuição da taxa de natalidade, com conseqüente envelhecimento da população. Esse fenômeno, já é observado em outras regiões do país, em especial em áreas mais desenvolvidas em termos econômicos. Em termos visuais, aponta um estreitamento das faixas etárias da população que se encontram na base da pirâmide populacional, com uma conseqüente aparência de alargamento das outras faixas etárias, como pode ser verificado pelos dados descritos na Tabela 2, que foi compilada do Atlas de Desenvolvimento Humano (BRASIL, 2013a, s.p.).

Tabela 2 - Estrutura Etária da População do Município Capitão Enéas / MG.

| Estrutura Etária | População (1991) | % do Total (1991) | População (2000) | % do Total (2000) | População (2010) | % do Total (2010) |
|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Menos de 15 anos | 4.989 | 42,53 | 5.002 | 38,15 | 4.231 | 29,78 |
| 15 a 64 anos | 6.270 | 53,45 | 7.510 | 57,27 | 9.080 | 63,92 |
| População de 65 anos ou mais | 472 | 4,02 | 601 | 4,58 | 895 | 6,30 |
| Razão de dependência | 87,10 | - | 74,61 | - | 56,45 | - |
| Taxa de envelhecimento | 4,02 | - | 4,58 | - | 6,30 | - |

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Desse modo, a razão de dependência, ou seja, o percentual “[...] da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais (população dependente) em relação à população de 15 a 64 anos (população potencialmente ativa)” diminuiu no período compreendido entre 1991 e 2010. Verifica ainda, que a taxa de envelhecimento (Razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total) sofreu uma elevação significativa no mesmo período (BRASIL, 2013a s.p.).

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais passou de 62,39% em 2000 para 59,41% em 2010, ao mesmo tempo em que a taxa de desocupação passou de 15,00% em 2000 para 12,55% em 2010. Ambos indicadores medem respectivamente o percentual da população que era economicamente ativa e o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada. A ocupação da população de 18 anos ou mais no município - Capitão Enéas pode ser vista na Tabela 3, compilada do Atlas de Desenvolvimento Humano (BRASIL, 2013, s.p.).

Tabela 3 - Ocupação da população de 18 anos ou mais Município no Capitão Enéas / MG.

| Ocupação da população de 18 anos ou mais | 2000 | 2010 |
|---------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
| Taxa de atividade - 18 anos ou mais | 62,39 | 59,41 |
| Taxa de desocupação - 18 anos ou mais | 15,00 | 12,55 |
| Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais | 41,27 | 47,28 |
| Nível educacional dos ocupados | | |
| % dos ocupados com fundamental completo - 18 anos ou mais | 26,97 | 50,60 |
| % dos ocupados com médio completo - 18 anos ou mais | 17,55 | 33,95 |
| Rendimento médio | | |
| % dos ocupados com rendimento de até 1 s.m. - 18 anos ou mais | 78,75 | 33,39 |
| % dos ocupados com rendimento de até 2 s.m. - 18 anos ou mais | 91,67 | 90,37 |
| % dos ocupados com rendimento de até 5 s.m. - 18 anos ou mais | 97,76 | 98,01 |

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Cerca de 30,37% dos indivíduos ocupados no ano de 2010, na faixa etária de 18 anos ou mais do município, “[...] trabalhavam no setor agropecuário, 0,24% na indústria extrativa, 11,35% na indústria de transformação, 8,08% no setor de construção, 1,05% nos setores de utilidade pública, 10,71% no comércio e 35,37% no setor de serviços” (BRASIL, 2013a s.p.).

Ainda com relação à economia, o IBGE aponta que, a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 12.0% no ano de 2015 e o salário médio mensal era de 1.6 salários mínimos (BRASIL, 2017). Destaca-se também, que o município possuía 47% dos domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, colocando-o na posição 111 de 853 dentre as cidades do estado de Minas Gerais e na posição 1881 de 5570 dentre as cidades do Brasil (BRASIL, 2013a).

Segundo o autor, houve um crescimento de 61% da renda per capita média de Capitão Enéas nas últimas duas décadas, passando de R\$ 171,90, em 1991, para

R\$ 201,98, em 2000, e para R\$ 282,97, em 2010, o que equivale a um crescimento de 2,66% da taxa média anual de nesse período. Assim, a proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010) e que se encontravam na categoria de pobres, passou de 70,87%, em 1991, para 58,38%, em 2000, e para 33,63%, em 2010. No entanto, o Índice de Gini, que passou de 0,56, em 1991, para 0,54, em 2000, e para 0,47, em 2010 (BRASIL, 2013a).

Este índice mede a evolução da desigualdade de renda, ou seja, mede o grau de concentração de renda, apontando a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos, variando entre os números de 0 a 1. O valor 0 indica uma situação de total igualdade, onde todos têm a mesma renda. Já o valor 1 denota total desigualdade de renda, como se somente uma única pessoa detivesse toda a renda do local. De 1991 a 2010 houve uma pequena diminuição desse índice no município, porém a crise econômica e política dos últimos anos pode ter acentuado a desigualdade (BRASIL, 2013a).

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública de Capitão Enéas tiveram nota média de 4.6 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB e a nota 4 para os alunos dos anos finais. Este índice foi criado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (BRASIL, 2015) com o intuito de medir a qualidade do aprendizado nacional e estabelecer metas para a melhoria do ensino.

Desse modo, “[...] funciona como um indicador nacional que possibilita o monitoramento da qualidade da Educação pela população por meio de dados concretos, com o qual a sociedade pode se mobilizar em busca de melhorias” (BRASIL, 2015, s.p.). Assim, para calcular o IDEB utilizam-se dois componentes: “[...] a taxa de rendimento escolar (aprovação) e as médias de desempenho nos exames aplicados pelo Inep”. O objetivo único do monitoramento desenvolvido pelo INEP é de que os alunos atinjam 6 pontos até 2022, média que corresponde ao sistema educacional dos países desenvolvidos. Ressalta-se que, as metas instituídas pelo IDEB são distintas para cada escola e rede de ensino (BRASIL, 2015, s.p.).

Ainda de acordo com o autor, ao se comparar os índices do município com as demais cidades de Minas Gerais, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 812 de 853. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 722 de 853. Ainda há muito a ser feito, uma vez que, no ano de 2010 a taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 96,9, o que coloca o município na posição 594 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 3751 de 5570 dentre as cidades do Brasil (BRASIL, 2015, s.p.).

O autor aponta que,

[...] o indicador Expectativa de Anos de Estudo também sintetiza a frequência escolar da população em idade escolar. Mais precisamente, indica o número de anos de estudo que uma criança que inicia a vida escolar no ano de referência deverá completar ao atingir a idade de 18 anos. Entre 2000 e 2010, ela passou de 9,10 anos para 9,54 anos, no município, enquanto na UF passou de 9,16 anos para 9,38 anos. Em 1991, a expectativa de anos de estudo era de 6,50 anos, no município, e de 8,36 anos, na UF ensino (BRASIL, 2015, s.p.).

Segundo o IBGE o percentual da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo também constitui um indicador de escolaridade da população adulta e compõe o IDHM Educação (BRASIL, 2017). Para o autor, esse indicador acaba sendo pesado devido a uma grande inércia, por conta do peso das gerações mais antigas, que apresentam menor escolaridade. Desse modo, esse percentual passou de 23,27% para 40,56% no município de Capitão Enéas, entre 2000 e 2010.

Ressalta-se que, em 2010, 24,36% da população de 25 anos ou mais de idade do referido município, era analfabeta, 34,59% tinha o ensino fundamental completo, 22,26% possuía o ensino médio completo e 4,65%, o superior completo (BRASIL, 2017).

Com relação ao meio ambiente e território, o IBGE aponta que, somente 18,8% de domicílios apresentam esgotamento sanitário adequado, 55,4% de domicílios urbanos encontram-se em vias públicas com arborização e 0% de domicílios urbanos possuem vias públicas com urbanização adequada, ou seja, a presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio (BRASIL, 2017).

Na Tabela 4, compilada do Atlas de Desenvolvimento Humano (BRASIL, 2013a,

s.p.), pode ser visualizado o grau de vulnerabilidade social do município de Capitão Enéas-MG.

Tabela 4- Vulnerabilidade Social nos anos 1991, 2000 e 2010, no Município Capitão Enéas / MG.

| Crianças e Jovens | 1991 | 2000 | 2010 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Mortalidade infantil | 41,32 | 37,25 | 18,00 |
| % de crianças de 0 a 5 anos fora da escola | - | 83,61 | 63,00 |
| % de crianças de 6 a 14 fora da escola | 23,26 | 5,27 | 3,06 |
| % de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis, na população dessa faixa | - | 27,18 | 29,98 |
| % de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos | 2,90 | 3,07 | 2,94 |
| Taxa de atividade - 10 a 14 anos | - | 8,52 | 3,94 |
| Família | | | |
| % de mães chefes de família sem fundamental e com filho menor, no total de mães chefes de família | 24,52 | 29,03 | 38,49 |
| % de vulneráveis e dependentes de idosos | 6,28 | 3,82 | 6,45 |
| % de crianças extremamente pobres | 45,80 | 34,14 | 14,22 |
| Trabalho e Renda | | | |
| % de vulneráveis à pobreza | 87,09 | 81,77 | 66,24 |
| % de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal | - | 63,66 | 49,76 |
| Condição de Moradia | | | |
| % da população em domicílios com banheiro e água encanada | 34,21 | 47,64 | 77,36 |

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

O primeiro índice apontado é o da mortalidade infantil, por conta de sua sensibilidade em relação às condições de vida da população. Houve um decréscimo de mais de 50% no período compreendido entre 1991 e 2010, especialmente no período entre 2000 e 2010.

Houve também, um aumento significativo de mães chefes de família sem o ensino fundamental e com filho menor, que passou de 24,52 para 38,49%. E o número de mães adolescentes (% de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos).

Verifica-se ainda, que houve uma queda significativa no percentual de crianças extremamente pobres, ou seja, na proporção dos indivíduos com até 14 anos de idade que têm renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 70,00 mensais, que passou de 45,80% em 1991 para 14,22% em 2010.

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

A rede assistencial da Atenção Primária à Saúde de Capitão Enéas é dividida da seguinte maneira:

- **01 Ambulatório (área urbana) CS-FNS (SESP)** que funciona como serviço complementar ao atendimento de saúde da população do município. São realizados atendimentos oftalmológicos, psiquiátricos encaminhados das Unidades Básicas de Saúde e exames de Eletrocardiograma, entre outros. Ainda no mesmo prédio, funciona um dos Laboratórios de Análises Clínicas do Município e a Secretaria Municipal de Saúde.
- **Unidade Básica de Saúde Dr. Rubens Mortimer (ESF I)** que está situada no bairro Sapé, sendo sua área de abrangência os bairros Sapé parcialmente, Santo Antonio (parcialmente), Manoel Vaqueiro, Morada do Parque e São Sebastião.
- **Unidade Básica de Saúde José Magalhães Mendonça - (ESF II)** - situa-se no Bairro Centro, atendendo à população dos bairros Centro (parcialmente), Morada do Sol, Santo Antônio (parcialmente) e Sapé (parcialmente). A ESF é dividida em 7 micro-áreas.
- **Unidade Básica de Saúde Jacinto Teixeira da Silva – CS / SES (ESFIII)** que se localiza na região central e abrange os bairros Centro parcialmente, Bela Vista, Residencial Burarama e Central. A população cadastrada é de 3.277 pessoas, sendo o número de famílias cadastradas 932. O ESF é dividido em 7 micro-áreas.
- **Unidade Básica de Saúde Rural José Sidney da Silveira – Caçarema (ESF IV)** A população cadastrada é de 2.069 pessoas, sendo o número de famílias cadastradas 514. ESF é dividido em 5 micro-áreas.

- **Unidade Básica de Saúde Rural Walter José de Abreu – Santana da Serra (ESF V)** - A população cadastrada é de 2.813 pessoas, sendo o número de famílias cadastradas 810. O ESF é dividido em 7 micro-áreas.

- **Principais Pontos de Apoio das UBS – Rurais:**

- ✓ **Orion (ESF V Santana)** - na comunidade residem 647 pessoas divididas em 02 micro-áreas: a primeira que se localiza há uma distancia de 22 km da sede do município e a segunda que se encontra aproximadamente a 16 km da UBS Santana. O acesso a comunidade é realizado por veículos próprios e ônibus escolares.

- ✓ **Poço do Pedro (ESF V Santana)** - na comunidade residem 62 famílias que compõem uma micro-área. Localiza-se aproximadamente a 04 km da UBS Santana, sendo o acesso da comunidade a unidade de apoio realizada por veículos próprios e ônibus escolares.

Com relação ao Sistema de Referência e Contra referencia às Redes de Média e Alta Complexidade o município faz parte do Consórcio Intermunicipal de Saúde, onde são atendidas as consultas especializadas. O Consorcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Francisco Sá (CISMFS) fundado em 1996 agrega 06 municípios: Botumirim, Capitão Enéas, Cristália, Francisco Sá, Grão Mogol e Josenópolis.

Os atendimentos em oftalmologia ocorrem na sede da Secretaria Municipal de Saúde, em consultório equipado para tal atendimento. Para o ano de 2013, os atendimentos estão sendo realizados semanalmente, com uma média de 20 consultas por semana.

O ambulatório de pediatria, até o ano de 2012, também funcionava na sede da Secretaria Municipal de Saúde, e era realizada uma média de 25 atendimentos diários (turnos matutino e vespertino), das crianças encaminhadas pelas equipes da ESF. Para o ano de 2013, o mesmo ambulatório foi transferido para as dependências da Santa Casa e Hospital Nossa Senhora da Guia.

Com relação aos Recursos Humanos em Saúde, verifica-se que o vínculo empregatício dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) do município ocorre por meio de contrato de trabalho, cuja renovação ocorre a cada 06

meses, sendo a carga horária de 40 h semanais. O quadro de profissionais da APS conta atualmente com 9 médicos, 8 dentistas, 14 enfermeiros, 5 técnicos de saúde bucal, 4 técnicos de enfermagem e 44 agentes comunitários de saúde (ACS).

Outros recursos da comunidade são: hospital de Capitão Enéas; clínicas conveniadas das cidades de Francisco Sá e Capitão Enéas; convênio com o laboratório municipal e de Montes Claros; 02 escolas municipais e 01 estadual; 02 creches municipais chamadas CEMEI, 09 igrejas, sendo 04 católicas e 05 evangélicas. A maior parte dos telefones é móvel e uma minoria utiliza telefonia pública (orelhões); correios e bancos somente na sede de Capitão Enéas.

A maior parte das habitações é de tijolos e uma pequena parcela é de taipa e todas as residências possuem luz elétrica e a maior parte possui abastecimento de água por rede pública, porém, não é potável. Existem outras fontes como: nascentes, rios e poços artesianos.

O Conselho Municipal de Saúde é paritário e ativo, tendo representação dos usuários de saúde, trabalhadores, prestadores de serviços de saúde e governo municipal. O Conselho tem como presidente o secretário municipal de saúde. As reuniões são realizadas mensalmente na sede da Secretaria Municipal de Saúde, para discutir, votar e deliberar assuntos da Saúde, com registro das reuniões em ata. Eventualmente os conselheiros são convocados para reunião extraordinária. O Conselho Municipal de Saúde (CMS) apresenta-se até o atual momento sem uma sede própria, ou seja, a inexistência de uma sala com secretária, computador, impressora, armários, mesas e cadeiras para uma melhor representatividade e acolhimento para seus representantes.

Com relação ao Fundo Municipal de Saúde, no ano 2016 o município recebeu um total de R\$ 2 236 610,30 distribuídos nos diferentes programas.

1.3 A Equipe de Saúde da Família V do Município de Capitão Enéas, MG: seu território e sua população

Com relação à área de abrangência e /ou território Unidade de Saúde da Família ESF V do município de Capitão Enéas-MG possui 2.813 habitantes perfazendo um total de 810 de famílias cadastradas. Possui 81,72 % de pessoas alfabetizadas,

sendo que os principais postos de trabalho são: produção rural (produtores rurais), aposentado-pensionistas e uma pequena parcela de servidores públicos. Assim, a renda da maior parte da população é oriunda da comercialização da lavoura e pecuária.

A Inserção na comunidade localizada na Avenida Padre Silvestre, s/nº- Distrito de Santana da Serra / Capitão Enéas- zona rural é de difícil acesso devido a localização, meios de transporte e condições da estrada em más condições. O Horário de funcionamento: das 07: 00 às 17 h (sem interrupção). A UBS possui 29 profissionais, sendo: 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnico em enfermagem, 01 auxiliar de enfermagem, 01 dentista, 01 auxiliar de consultório dentário, 08 agentes comunitários de saúde, 03 fisioterapeutas, 01 recepcionista, 02 motoristas, 03 auxiliares de serviço geral e 01 psicólogo. Vale ressaltar que tanto o psicólogo quanto os fisioterapeutas estão disponíveis uma vez por semana na sede da ESF e em seus respectivos pontos de apoio. A maioria compre carga horária de 8 h diária, totalizando 40 h semanais.

A área física é composta por 01 UBS-Sede (com 02 pontos de apoio), que possui: 01 recepção, 02 banheiros para pacientes, 01 almoxarifado, 01 sala de reunião, 01 posto de coleta, 01 sala de preparo, 01 sala ginecológica, 01 consultório médico, 01 sala de curativo, 01 sala de odontologia, 01 sala de vacina, 02 salas para esterilização, 01 lavanderia, 01 local para material de limpeza, 01 farmácia, 02 banheiros para profissionais e 01 copa.

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

A maior parte da população morre de doenças crônico-degenerativas, sendo que boa parte é de portadores cardiopatas relacionada a doença de Chagas. Quanto às doenças ou condição referida, o quadro abaixo mostra que o maior percentual da população apresenta hipertensão arterial sistêmica (HAS), como pode ser observado no Quadro 2.

Quadro 2 - Doenças ou condição referência da população da área de abrangência da ESF V - Santana da Serra em Capitão Enéas / MG.

| | ALC | CHA | DEF | DIA | DME | EPI | HAS | | GES |
|--------------|------------|-------------|------------|------------|-----|------------|--------------|--------|------------|
| 0-14 | | | 3 | | | | | 10-19 | 2 |
| 15 e + | 46 | 30 | 38 | 41 | | 5 | 343 | 20 e + | 16 |
| TOTAL | 46 1.6% | 30 1.06% | 41 1.4% | 41 1.4% | | 5 0.17% | 343 12,1% | | 18 0.6% |

Fonte: SIAB.EXE.

1.5 Priorização dos problemas e justificativa do projeto de intervenção

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF V Santana da Serra, realizada por ocasião do Módulo Planejamento, Avaliação e Programação das Ações de Saúde (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018) foram identificados os seguintes problemas: controle inadequado de pacientes hipertensos com presença de fatores de risco associados; alta incidência de doenças infecciosas transmitidas pelo consumo de água não tratada; alta incidência de captações tardias das gestantes para iniciar o pré-natal; número elevado de pacientes em uso de medicamentos para depressão com tratamentos de longa duração e que não fazem o controle adequado. Após considerar a importância, urgência e capacidade de enfrentamento, a equipe de saúde da família selecionou como problema prioritário para enfrentamento o inadequado controle de pacientes hipertensos com presença de fatores de risco associado, como pode ser observado no Quadro 3, a seguir .

Quadro 3 - Priorização dos problemas da área de abrangência da ESF V Santana da Serra, em Capitão Enéas / MG.

| Principais Problemas | Importância | Urgência | Capacidade de enfrentamento | Seleção |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|-----------------------------|---------|
| Inadequado controle de pacientes hipertensos com presença de fatores de risco associados. | Alta | 7 | Parcial | 1 |
| Alta incidência de doenças infecciosas transmitidas por o consumo de água não tratada. | Alta | 5 | Parcial | 2 |
| Incidência de captações tardias das gestantes. | Média | 4 | Parcial | 3 |
| Número elevado de pacientes em uso de medicamentos para depressão com tratamentos de longa duração e que não fazem o controle adequado. | Média | 4 | Parcial | 4 |

Fonte: Gomez, 2017.

O problema de prioridade número um, escolhido pela Equipe de Saúde foi a grande quantidade de pacientes hipertensos, com controle inadequado.

Por se tratar de uma condição clínica multifatorial, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) caracteriza-se por níveis elevados da pressão arterial (PA), frequentemente associada a alterações de órgãos-alvo e, por conseguinte, a aumento do risco de eventos cardiovasculares (DANTAS; RONCALLO, 2017).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) cita inquéritos populacionais, realizados em algumas cidades no Brasil, apontaram a prevalência, entre 20 a 30%, de HAS em pessoas com idade variando de 18 a 59 anos de idade. Esse percentual atinge 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com idade acima de 70 anos. Em Minas Gerais, a SES/MG estima prevalência da HAS na ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos (MINAS GERAIS, 2013).

Para o autor, não se pode negligenciar o tratamento da HAS, o que poderá resultar em complicações, tais como: hipertrofia ventricular esquerda, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença vascular periférica, nefropatia hipertensiva, ataque isquêmico transitório e acidente vascular cerebral, retinopatia hipertensiva, segundo a Linha-Guia De Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica (MINAS GERAIS, 2013).

A presença de aproximadamente 12% de indivíduos residentes na área de abrangência da ESF V, Santana da Serra, em Capitão Enéas / MG, com hipertensão arterial sistêmica, considerado como um percentual significativo justifica a elaboração do presente projeto de intervenção. Em especial, porque a Equipe de Saúde da Família identificou haver fragilidades a ser enfrentadas, tanto em relação às ações de controle da hipertensão arterial desenvolvidas pelos pacientes, quanto pelas ações da própria Equipe de Saúde da Família, em especial, daqueles que possuem fatores de risco associados. O projeto de intervenção busca, portanto, desenvolver ações da Linha Guia da HAS proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b) a fim de controlar adequadamente a hipertensão arterial sistêmica esses indivíduos e conseqüentemente reduzir a morbimortalidade por essa doença no território.

2 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção a fim de promover o controle adequado dos níveis pressóricos dos pacientes hipertensos residentes na área de abrangência da ESF V - Santana da Serra do município de Capitão Enéas-MG.

3 MÉTODO

Para a elaboração do plano de intervenção foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais como SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) por meio dos seguintes descritores: hipertensão, fatores de risco e promoção da saúde.

Para a elaboração da proposta foi utilizado o método de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido na disciplina Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018) e orientações metodológicas do Módulo Introdução a Metodologia: trabalho de conclusão de curso (CORREA; VASCONCELOS; SOUZA, 2018) do Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais/ NESCON.

Inicialmente foram identificados os problemas de saúde da área de abrangência da ESF V, Santana da Serra, em Capitão Enéas / MG, por meio da utilização da técnica da estimativa rápida tendo como principais fontes: consultas, visitas domiciliares e a observação cotidiana da equipe. A partir destas informações, utilizando a metodologia do PES foi definido junto com a Equipe de Saúde o projeto de intervenção (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo MALACHIAS *et al.* (2016, p.1), a hipertensão arterial “[...] é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos \geq 140 e/ou 90 mmHg”. Com frequência ela se encontra associada a alterações metabólicas, funcionais e estruturais de órgãos-alvo. Costuma ser agravada pela presença de outros fatores de risco, tais como: dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito. Desse modo, encontra-se associada a eventos graves como: como morte súbita, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crônica, sejam elas fatais ou não (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Para Thomopoulos; Parati; Zanchetti (2014 citados por MALACHIAS *et al.*, 2016, p.1) a hipertensão arterial “[...] atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular”. Aliada ao diabetes mellitus, têm impactado de maneira elevada, gerando a perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, em especial devido as suas complicações cardíacas, renais e acidentes vascular cerebral. Desse modo, ocorreram 1.138.670 óbitos em 2013, sendo que, 339.672, ou seja, 29,8% foram decorrentes de doença cardiovascular, constituindo assim, a principal causa de morte no Brasil (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A hipertensão arterial constitui ainda, um fator de risco para a Insuficiência renal crônica e para o desenvolvimento de transtornos cognitivos, tais como: alterações da memória, períodos de confusão e demência nos idosos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

De acordo com Santos e Neto (2016), os sintomas da doença renal crônica (DRC) aparecem nos estágios mais avançados da doença, por isso é importante que o diagnóstico seja precoce, o que pode ser realizado com exames laboratoriais simples, como por exemplo, urina do tipo I e creatinina sérica. A identificação da presença de proteína na urina tipo I e/ou a diminuição da taxa de filtração glomerular (que pode ser estimada pelo valor da creatinina sérica), são os componentes diagnósticos da DRC, em especial quando estes persistem por mais de três meses (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION (2002) *apud* SANTOS; NETO, 2016).

Os autores apontam ainda que, embora o diagnóstico seja simples, este constitui um desafio para a saúde pública mundial pois sua detecção precoce ainda é baixa na atenção primária de saúde, segundo Schippati; Perico; Remuzzi (2003 citados por SANTOS; NETO, 2016). Se o diagnóstico for tardio, não será capaz de deter retardar a progressão da perda da função renal como diminuir as complicações cardiovasculares, e mesmo de aumentar o custo do tratamento afirma Trivedi (2010 citado por SANTOS; NETO, 2016). A gravidade da falta da realização de exames simples para o diagnóstico da DRC é apontada já em 2002 por Kiberd e Clase (2002 citados por SANTOS; NETO, 2016). No Brasil essa realidade não é diferente, mesmo em pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus.

Assim, um questionário denominado Screening for Occult Renal Disease (SCORED), que rastreia e alerta sobre um risco aumentado de Doença Renal Crônica (DRC) em fase inicial, com a vantagem de apenas utilizar variáveis facilmente entendidas por leigos, sem necessidade de exames laboratoriais foi elaborado nos Estados Unidos e publicado em 2007 (BANG *et al.*, 2007 citado por SANTOS; NETO, 2016). Este mesmo questionário foi traduzido para o português e validado em amostra de funcionários da Universidade Federal de Juiz de Fora, onde demonstrou uma sensibilidade de 80% e valor preditivo negativo de 97% para detecção da DRC (SANTOS; NETO, 2016).

Em artigo publicado em 2003, pela Revista Brasileira de Hipertensão, Alves; Wajngarten; Filho (2003) citam estudos de Havlik *et al.*(2002) e Guo; Tiglioni; Winblad; Vitalen (1997) que apontam um pior desempenho em testes neuropsicológicos em indivíduos hipertensos. Embora existam diferentes testes de Screening neuropsicológico utilizados para mensuração do grau de declínio cognitivo, “[...] o diagnóstico de demência requer um julgamento clínico, não devendo depender apenas desses testes, pois, como já foi dito, a performance pode ser afetada pelos mais diversos motivos” (ALVES; WAJNGARTEN; FILHO, 2003, p. 7). Outras complicações da hipertensão arterial sistêmica podem incluir a retinopatia hipertensiva e neuropatia hipertensiva (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO, 2010).

De acordo com Machado; Pires, Lobão (2012) o desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica geralmente é lento e dependente de um conjunto de fatores

agregados à sua evolução e agravamento. Assim, dentre os principais fatores de risco para o surgimento da hipertensão estão: a idade, o sexo/gênero e a etnia, os fatores socioeconômicos, a ingestão de sal, o excesso de peso e a obesidade, a ingestão de álcool, a genética e o sedentarismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Além desses, o tabagismo e a não adesão ao tratamento também são considerados como fatores de risco de acordo com Gusmão; Mion Júnior (2006), Pessuto; Carvalho (1998) Mano; Pierin (2005).

Os desafios para o controle e prevenção da HAS e suas complicações tem sido assumido, principalmente pelas equipes de Atenção Básica (AB), cujo processo de trabalho implica “[...] vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos” (BRASIL, 2013b, p. 21). Assim, o Ministério da Saúde tem recomendado que sejam tratadas, em especial, as mudanças de estilo de vida, que são fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão (BRASIL, 2013b).

Atenção deve ser dada a “[...] alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados” (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009, citado por BRASIL, 2013b, p. 21). Para o autor, sem esses cuidados, é muito difícil atingir níveis pressóricos normais, mesmo com a utilização de doses aumentadas de medicamentos. O autor considera que

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 (BRASIL, 2013b, p. 21).

O trabalho da equipe de saúde da família consiste em criar um processo de educação permanente com os profissionais que possibilite a construção de novas práticas, como também, alterações nos processos de trabalho que não produziram os resultados esperados. Desse modo, o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade são os principais objetivos de ação da equipe de saúde da família causada por essas duas patologias (BRASIL, 2013b).

Para isso, deve-se estabelecer junto com a Secretaria Municipal de Saúde, uma Linha de Cuidado da HAS cuja finalidade será focar no fortalecimento e qualificação da atenção à pessoa com essa doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção. Em síntese, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b, p. 22), pode-se afirmar que a Linha de Cuidado da HAS possui os seguintes passos:

- Partir da situação problema: “atenção à HAS na Unidade Básica de Saúde”, problematizando a história natural da doença e como se dá a realização do cuidado das pessoas (qual o fluxo assistencial que deve ser garantido para pessoas com PA limítrofe e HAS, no sentido de atender às suas necessidades de saúde?).
- Identificar quais são os pontos de atenção no município/distrito/região/estado e suas respectivas competências, utilizando uma matriz para sistematizar essa informação e dar visibilidade a ela (que ações esses pontos de atenção devem desenvolver incluindo ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas?).
- Identificar as necessidades das Unidades Básicas de Saúde (UBS) quanto ao sistema logístico para o cuidado dos usuários (cartão SUS, prontuário eletrônico, centrais de regulação, sistema de transporte sanitário), pontuando o que já existe e o que necessita ser pactuado com a gestão municipal/distrital/regional/estadual.
- Identificar as necessidades das UBS quanto ao sistema de apoio (diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação), pontuando o que já existe e o que necessita ser pactuado com a gestão municipal/distrital/regional/estadual.
- Identificar como funciona o sistema de gestão da rede (espaços de pactuação – colegiado de gestão, Programação Pactuada Intergestores – PPI, Comissão Intergestores Regional – CIR, Comissão Intergestores Bipartite – CIB, entre outros).
- Desenhar o itinerário terapêutico dos usuários na rede e relacionar as necessidades logísticas e de apoio necessárias. Definir, em parceria com outros pontos de atenção e gestão, os fluxos assistenciais que são necessários para atender às suas necessidades de saúde e as diretrizes ou protocolos assistenciais.
- Identificar a população estimada de pessoas com HAS e os diferentes estratos de risco e realizar a programação de cuidado de acordo com as necessidades individuais e os parâmetros para essa doença.
- Definir metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação das Linhas de Cuidado (BRASIL, 2013b, p. 22).

Destaca-se ainda que, embora as linhas de cuidado geralmente ainda sejam organizadas por doenças, é importante que a equipe de saúde avalie o usuário de maneira integral, em especial pelo fato da HAS estar associada a outros fatores de risco e doenças (BRASIL, 2013b).

No território da Unidade de Saúde da Família ESF V (Santana da Serra) do município de Capitão Enéas-MG o número de hipertensos tem aumentado progressivamente, devido a fatores tais como: maior expectativa de vida, maior incidência de obesidade, sedentarismo e de maus hábitos alimentares. A elevada prevalência da HAS, associada ao fato de que apenas metade dos pacientes hipertensos consegue manter sua pressão arterial devidamente controlada, tem mantido a hipertensão como o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e AVC.

5 PLANO DE AÇÃO

5.1 Descrição do problema selecionado

Aproximadamente 12,1 % da população total do território da Equipe de Saúde da Família V Santana da Serra tem hipertensão arterial e somente 12% deles estão com os níveis pressóricos controlados.

5.2 Explicação do problema selecionado

Ao analisar o problema com a equipe de saúde chegou-se a conclusão de que esta situação ocorre por conta, principalmente, da dificuldade na hora de classificar os pacientes hipertensos com outras doenças crônicas. Também se deve ao fato de não se realizar visitas domiciliares com um exame físico adequado para pesquisa dessa e demais doenças associadas à hipertensão. Ocorre ainda, devido ao pouco conhecimento sobre o autocuidado da saúde por parte da população, em especial aqueles indivíduos residentes na zona rural de nosso município.

Assim, o inadequado controle da pressão arterial de pacientes hipertensos com fatores de risco associado tem sido um problema de saúde que tem sido relacionado com várias causas, entre as quais se destacam as seguintes: uso de vários medicamentos sem chegar a dosagem máxima de nenhum deles, hábitos alimentares não saudáveis, consumo excessivo de álcool e cigarro, não comparecimento a consulta médica regularmente, não controle do peso corporal, não avaliação periódica dos fatores de risco cardiovascular e, portanto, não tratamento dos mesmos.

5.3 Seleção dos nós críticos

5.3.1 Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado.

5.3.2 Hábitos e estilo de vida da população pouco saudável.

5.3.3 Baixo Nível de informação.

5.4 Desenho das operações

Uma vez identificados os nós críticos, foi possível elaborar o desenho das operações, que pode ser verificado no Quadro 4, apresentado a seguir:

Quadro 4 - Desenho das operações para solução dos nós críticos elaborados pela equipe de saúde da ESF V Santana da Serra, em Capitão Enéas / MG.

| Nó crítico | Operação Projeto | Resultados esperados | Produto | Recursos Necessários |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado</p> | <p>Linha de cuidado da HAS com objetivo de melhorar o acompanhamento individual do paciente com HAS, bem como o processo de trabalho da equipe tanto dentro como fora da unidade.</p> | <p>Equipe de saúde capaz de acolher e oferecer maior informação ao usuário, sendo participe das ações com o fim de obter as mudanças, em especial o controle da HAS e dos fatores de risco modificáveis.</p> | <p>Cursos de capacitação para a equipe de saúde da família.</p> <p>Palestras e grupos operativos para a população com maior risco.</p> <p>Programa Saúde saudável na rádio.</p> | <p>Organizacional: Organização da agenda junto aos profissionais e a equipe em geral.</p> <p>Político: articulação entre os vários níveis de atenção / setores da saúde e da educação.</p> <p>Financeiros: Garantir os recursos financeiros e materiais necessários para lograr os objetivos desejados.</p> |
| <p>Hábitos e estilo de vida da população pouco saudáveis</p> | <p>“Cuidar melhor, + saúde”. Com o objetivo de melhorar o autocuidado para melhorar os hábitos e estilos de vida da população em relação aos hábitos alimentares e estimular a prática sistemática de exercícios físicos.</p> | <p>População assimilando as orientações sobre os hábitos alimentares saudáveis e adotando práticas de atividade física, diminuindo assim, o sedentarismo.</p> | <p>Programa de alimentação saudável e apoio nutricional.</p> <p>Programas saudáveis na rádio e nas escolas.</p> <p>Programa de caminhada orientada.</p> <p>Programa de academia ao ar livre para a terceira idade.</p> | <p>Cognitivos: conhecimento sobre o tema e informar.</p> <p>Organizacional: Organização dos encontros para as caminhadas e a academia ao ar livre.</p> <p>Político: Articulação inter-setorial.</p> <p>Financeiros: Disponibilização de materiais educativos e recursos necessários.</p> |
| <p>Baixo Nível de informação</p> | <p>“Saber +” com o objetivo de aumentar o conhecimento dos usuários</p> | <p>O usuário torna-se mais bem informado quanto à prevenção e</p> | <p>Cursos de educação permanente para a Equipe de Saúde da</p> | <p>Cognitivos: conhecimento sobre o tema.</p> <p>Político: parceria entre os profissionais</p> |

| | | | | |
|--|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | sobre a doença e as medidas preventivas e curativas. | tratamento da doença, bem como, sobre as medidas de autocuidado. Educação permanente para atualização da Equipe de Saúde da Família | Família. Palestras e grupos operativos da população com maior risco. Programa saudável na rádio. Aumento de informação sobre a hipertensão e, sobretudo, como prevenir, tratar e desenvolver o autocuidado | dos vários setores da saúde e educação. Financeiros: Disponibilização de materiais educativos. |
|--|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: Gomez, 2017.

5.5 Gestão do Plano de Ação

Para a gestão do plano serão realizadas reuniões mensais com a equipe de saúde, onde todos os membros participarão da análise da implantação das ações, além de fornecerem sugestões para solucionar as principais dificuldades para a realização do plano. A avaliação das operações propostas será feita também, após seis meses do início do projeto.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se com este trabalho de intervenção, com a participação da população, do setor da educação e da Equipe ESF V Santana da Serra, do município Capitão Enéas / MG, reduzir na área de abrangência, em pelo menos seis meses, o número de pacientes hipertensos com fatores de risco associados.

O projeto propiciará fortalecer a relação destes pacientes com a Equipe de Saúde, a partir de um plano de acompanhamento individual, com agendamento de consultas programadas, abordagem individual dos fatores de risco, dinamização da terapêutica e referenciamento dos pacientes para atenção secundária para uma abordagem especializada e mais pormenorizada pelo programa Viva Vida.

Outro resultado importante foi perceber que grande parte dos portadores de Hipertensão apresentam fatores de risco associados, despertando assim, uma consciência mais crítica por parte dos profissionais da Equipe de Saúde da Família, bem como, um olhar mais geral e abrangente de todos os fatores de risco que poderiam se somar para o aumento da mortalidade cardiovascular desses sujeitos.

Considero ainda, que a educação em saúde na atenção básica, especialmente na estratégia de saúde da família, é um dos principais elementos da promoção de saúde. Assim, por meio das atividades educativas básicas, sem requerer, necessariamente, de altas demandas de recursos materiais, podem ser produzidas mudanças de importantes na evolução de doenças crônicas como a Hipertensão. Para isso, além da necessidade de mudança do paradigma biomédico e incorporação de novos conceitos saúde-doença, é necessário que os usuários da saúde sejam coprodutores de um processo educativo para alcançar mudança no estilo de vida.

Desse modo, as atividades educativas devem ser dirigidas para o paciente hipertenso e também para sua família e amigos. Devem ser direcionados para: a redução dos níveis de pressão arterial, controle dos fatores de risco cardiovascular, uso regular dos medicamentos anti-hipertensivo, cessação do tabagismo e abuso do álcool. A hipertensão arterial é uma doença crônica, que tem controle e pode ser prevenida com ações de promoção, prevenção, controlando os fatores de risco e com um tratamento adequado.

Este projeto acrescentou conhecimentos e experiências ao meu exercício como profissional de saúde. Ao construir um projeto para melhorar o dia a dia dos pacientes do território da Equipe de Saúde da Família V, com foco para o manejo dos doentes crônicos. Além disso, foi um aprendizado de elaboração e gestão de projetos e o ganho de conhecimentos acerca do manejo dos fatores de risco na atenção primária, do controle e tratamento dos pacientes Hipertensos e, sobretudo, trabalhar para diminuir os fatores de risco associados.

REFERÊNCIAS

ALVES, T. C. de T. F.; WAJNGARTEN, M.; FILHO, G.B. Transtornos cognitivos e hipertensão. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, v. 6, n. 1, 2003. Disponível em: http://www.sbh.org.br/revistas/2003_n1_v6/revista1hipertensao2003.pdf Acesso em 25 abr. 2018.

BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Fundação João Pinheiro. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas de Desenvolvimento Humano. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Brasília: PNUD, IJP, IPEA, 2013a. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 20 de fev. 2018

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, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf Acesso em: 25 abr. 2018.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB**. Brasília: INEP, 2015. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/conheca-o-ideb> . Acesso em: 02 de fev.2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE – cidades – Capitão Éneas**. Brasília: IBGE, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/capitao-eneas/panorama> Acesso em: 26 de out. 2017.

FARIA, H. P. de; CAMPOS, F. C.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Belo Horizonte: NESCON / UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf> Acesso em: 20 de maio. 2018.

CAPITÃO ENÉAS. Câmara Municipal de Capitão Enéas. **História**. Capitão Enéas: Site da Câmara Municipal, 2017. Disponível em: <http://www.capitaoeneas.mg.leg.br/institucional/historia> Acesso: 26 de out. 2017.

CORREA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação a metodologia: trabalho de conclusão de curso**. Belo Horizonte: NESCON / UFMG, 2018. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Material_dos_Cursos/Curso_Especializacao_Gestao_do_Cuidado_em_Saude_da_Familia_CEGCSF/Iniciacao_a_metodologia_trabalho_de_conclusao_de_curso Acesso em: 20 de maio. 2018.

DANTAS, R. C. de O.; RONCALLI, A. G. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] (2017/Mar). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/protocolo-para-individuos-hipertensos-assistidos-na-atencao-basica-em-saude/16137?id=16137> . Acesso em: 20 de mai. 2018.

GUSMÃO, J. L. de, MION, J. R. D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev Bras Hipertens**. vol.13, n.1, p. 23-25, 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf> Acesso em: 20 de mar. 2018.

MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. da S.; LOBÃO, W. M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.17, n^o 5, Rio de Janeiro, Maio, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a30v17n5.pdf> Acesso em: 25 de abr. 2018.

MALACHIAS, M. V. B; SOUZA, W. K. S. B; PLAVNIK, F. L; RODRIGUES, C. I. S; BRANDÃO, A. A; NEVES, M. F. T, *et al.* 7^a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol** 2016. v. 107 n. 3 (Supl.3), p.1-83, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v107n3s3/pt_0066-782X-abc-107-03-s3-0001.pdf Acessado em: 20 de jan. 2018.

MANO, G. M. P.; PIERIN, A. M. G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta Paul Enferm**. v.18, n.3, p.269-75, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a07v18n3.pdf> Acesso em: 20 de mar. 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde / MG. **Atenção à saúde do adulto - linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal**

crônica. 3ª edição atualizada. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf Acesso em: 20 de abr. 2018.

PESSUTO, J; CARVALHO, E. C. C. de. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. latino-am. enfermagem** - Ribeirão Preto, v. 6, n.1, p. 33-39, janeiro 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919> Acesso em: 20 de mar. 2018.

SANTOS, P. R.; NETO, V. L. M. Aplicação do questionário SCORED para rastreamento da doença renal crônica entre pacientes hipertensos e diabéticos. **Cad. Saúde Colet.**, 2016, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p. 428-434, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n4/1414-462X-cadsc-24-4-428.pdf> Acesso em: 20 de mar. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, 2010. v. 95, n.1, supl.1, p. 1-51, 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf Acesso em: 21 de jan. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. **Revista Hipertensão**. Jan., Fev. e Mar. de 2010, Ano 13, v.13, n.1. Disponível em: http://www.sbh.org.br/ipad/pdf/revista_hipertensao/2010/revista_hipertensao_1_2010.pdf . Acesso em: 20 de mar. 2018.