

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA HIPERTENSOS DA ÁREA
RURAL DE PATOS DE MINAS-MG**

LUCIANA BORGES DE SOUZA

UBERABA – MINAS GERAIS

2013

LUCIANA BORGES DE SOUZA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA HIPERTENSOS DA ÁREA
RURAL DE PATOS DE MINAS-MG**

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

Orientador: Profa. Me. Pollyana Cristina dos Santos Ferreira

UBERABA – MINAS GERAIS
2013

LUCIANA BORGES DE SOUZA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA HIPERTENSOS DA ÁREA
RURAL DE PATOS DE MINAS-MG**

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

Orientador: Profa. Me. Pollyana Cristina dos Santos Ferreira

Banca examinadora:

Aprovado em Uberaba: _/_/_

DEDICATÓRIA

Aos moradores
da área rural de Patos de Minas
e à equipe de saúde do PSF Santana.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora deste Trabalho de Conclusão de Curso: Professora Me. Pollyana Cristina dos Santos Ferreira pela sua dedicação e empenho, pois possibilitou o enriquecimento de toda obra e também de minha pessoa.

“Doze meses dão para qualquer ser humano se cansar e entregar os pontos. Aí entra o milagre da renovação e tudo começa outra vez, com outro número e outra vontade de acreditar que daqui pra diante vai ser diferente.”

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um problema de saúde pública, apresentando estreita relação com a redução da qualidade de vida e aumento da mortalidade. A má adesão ao tratamento da HAS é motivo de preocupação para os profissionais que atuam na Atenção Básica de Saúde, pois está associada ao aparecimento de lesões em órgãos-alvos e ao comprometimento da capacidade funcional dos pacientes. Assim, este trabalho teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção para o acompanhamento, medicamentoso e não medicamentoso, de pacientes hipertensos cadastrados na área de abrangência do Programa de Saúde da Família Santana, em Patos de Minas, MG. Atualmente existem 498 pacientes diagnosticados com HAS no PSF Santana. Foram realizadas três etapas para elaboração da proposta de intervenção: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do projeto de intervenção, utilizando-se o Planejamento Estratégico Situacional Simplificado (PES Simplificado). Foram identificados como causas principais do problema, também chamadas de “nós críticos”, os hábitos de vida inadequados e a má adesão ao tratamento medicamentoso. Em seguida, foram elaboradas três operações para o enfrentamento dos nós críticos: Vida Saudável, Meu amigo comprimido e Acolhimento Humanizado. A elaboração de um plano de intervenção pode favorecer a organização do processo de trabalho, muitas vezes realizada de forma intuitiva. Assim, espera-se que a presente proposta possa contribuir para a organização do serviço, de forma a ampliar a adesão do paciente ao tratamento da HAS na Atenção Básica.

Descritores: Hipertensão. Adesão. Terapêutica. Planejamento estratégico. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The Systemic Arterial Hypertension (SAH) is considered a public health problem , with close relation to reduced quality of life and increased mortality . Poor adherence to treatment of hypertension is of concern to professionals working in primary health care, since it is associated to the appearance of lesions in target organs and impaired functional capacity of patients. Thus, this study aimed to develop an intervention proposal for monitoring, medication and non-medication in hypertensive patients registered in the area covered by the Family Health Program Santana, in Patos de Minas, MG . Currently, there are 498 patients diagnosed with SAH in PSF Santana. Three steps to prepare the proposal for intervention were performed: situation analysis, literature review and drafting of the intervention, using the Situational Strategic Planning Simplified (Simplified PES). Were identified as major causes of the problem, also called " critical nodes ", the habits of life inadequate and poor adherence to therapy. Then, three operations were prepared to face the critical nodes: Healthy Living, My friend depressed an Home Humanized. The development of an intervention plan can foster the organization of the work process, often performed intuitively. Thus, it is expected that this proposal will contribute to the organization of the service , in order to increase patient adherence to treatment of hypertension in primary care .

Descriptors: Hipertension. Therapeutics. Strategic Planning. Family Health Program.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- BIREME** – Biblioteca Regional de Medicina
- BVS** – Biblioteca Virtual em Saúde
- CEABSF** – Centro de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
- CEO** – Centro de Especialidade Odontológica
- ESB** – Equipe de Saúde Bucal
- ESF** – Equipe de Saúde da Família
- FICHA A** – Famílias cadastradas
- FICHA B-HA** – Hipertensos Acompanhados e cadastrados
- HAS** – Hipertensão Arterial Sistêmica
- HIPERDIA** – Programa de Hipertensão e Diabetes
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PES** – Programa Estratégico Situacional
- PNAD** – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
- PSF** – Programa de Saúde da Família
- RENAME** – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
- SCIELO** - Scientific Electronic Library Online
- SIAB** – Sistema de Informação de Atenção Básica
- SSA2** – Situação de Saúde e acompanhamento das famílias na Área
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- VIGITEL** – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVO	14
4 METODOLOGIA	15
4.1 PRIMEIRA ETAPA: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO PSF SANTANA	15
4.2 SEGUNDA EPATA: REVISÃO DA LITERATURA	16
4.3 TERCEIRA ETAPA: PLANO DE INTERVENÇÃO	16
5 DESENVOLVIMENTO	17
5.1 REVISÃO DA LITERATURA	17
5.2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO PSF SANTANA	22
5.3 PLANO DE INTERVENÇÃO	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

A cidade de Patos de Minas está localizada no Estado de Minas Gerais, na mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, a 415 km da capital do estado, Belo Horizonte, e a 447 km de Brasília, a capital do Brasil (IBGE, 2010).

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Patos de Minas possui uma população total de 138.710 habitantes, sendo que 92,08% residem na área urbana e 7,92% na área rural (IBGE, 2010).

Entre aqueles que residem na zona rural a maioria é composta pelo sexo feminino (51,03%) e encontram-se na faixa etária de 20 a 59 anos de idade (56,32%) (DATASUS, 2010).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) destaca-se entre as doenças crônicas prevalentes na população de Patos de Minas. Em outubro de 2013 havia 16.305 pessoas cadastradas como hipertensas, destas 88,7% residiam na zona urbana e 11,3% na zona rural (DATASUS, 2013a).

Em relação aos serviços de saúde, o município conta com 402 estabelecimentos de saúde, sendo cinco deles administrados pela esfera estadual, 55 pela esfera municipal e 342 pela rede privada (DATASUS, 2013b).

A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) ocorreu em 2001 nesse município e, atualmente, abrange um total de 30 Equipes de Saúde da Família (ESF), com 13 Equipes de Saúde Bucal (ESB), três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), quatro Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e um Centro de Especialidade Odontológica (CEO). A cobertura total do PSF é de 75%.

A ESF 25, cujo nome fantasia é PSF Santana, está localizada na área rural de Patos de Minas e atende a nove microáreas: Contendas, Lanhosos, Paraíso, Santana, Acampamento dos sem-terra, Barreiro, Baixadinha, Campo Alegre e Córrego Rico.

A economia da população adscrita pelo PSF Santana é diversificada, incluindo a produção de leite, queijo e polvilho, criação de porcos e gado de corte, lavoura de café e milho, manipulação de alimentos e ração, bares e artesanato, além de atividade domiciliar informal e serviços gerais em fazendas (IBGE, 2010).

O sedentarismo, tabagismo, etilismo, alimentação inadequada, obesidade, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a má adesão ao tratamento da HAS são fatores frequentemente identificados durante os atendimentos no PSF Santana.

Desse modo, devido ao fato da HAS tratar-se de uma doença de grande impacto nos padrões de morbimortalidade no Brasil e no mundo, torna-se relevante ampliar as discussões entre os profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica, aprofundando o conhecimento sobre essa temática. Pretende-se assim, fornecer subsídios e elaborar estratégias de ação mais efetivas a essa clientela, considerando suas especificidades.

2 JUSTIFICATIVA

A equipe do PSF Santana assiste uma população total de 3.627 pessoas, com 1.054 famílias e 498 hipertensos cadastrados, com base nos registros do Sistema de Informação Básica (SIAB) de março de 2013, representando uma prevalência de 13,73%.

Destaca-se que a HAS constitui-se como importante problema de saúde pública, devido às consequências oriundas da falta de diagnóstico precoce e da má adesão ao tratamento por parte dos pacientes.

Adicionalmente, a partir da experiência vivenciada nessa unidade de saúde foi possível identificar especificidades da população residente na zona rural que podem influenciar de maneira peculiar na organização e no acesso da população aos serviços de saúde.

Diante desses dados, e somado à realização do diagnóstico situacional do território, às observações da prática assistencial e discussões realizadas com a equipe do PSF Santana, surgiu o interesse pelo estudo dessa temática.

Pretende-se compreender as causas da má adesão aos tratamentos instituídos, para, assim, realizar propostas de intervenções que possam contribuir para melhoria da situação de saúde dos hipertensos cadastrados nessa área de abrangência.

Espera-se que este trabalho possa servir como um instrumento orientador para a equipe de saúde na busca do aumento na adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da HAS.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção para o acompanhamento, medicamentoso e não medicamentoso, de pacientes hipertensos cadastrados na área de abrangência do Programa de Saúde da Família Santana, em Patos de Minas, MG.

4 METODOLOGIA

A proposta de intervenção para o acompanhamento de pacientes hipertensos, inscritos no PSF Santana foi elaborada a partir de um projeto que pode ser dividido didaticamente em três etapas: diagnóstico situacional do território, revisão da literatura e elaboração do plano de ação.

4.1 PRIMEIRA ETAPA: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO PSF SANTANA

De acordo com o proposto por Campos, Faria e Santos (2010), primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional na área de abrangência do PSF Santana, no período de abril a maio de 2013. Este diagnóstico foi baseado no método da estimativa rápida. Trata-se de uma forma de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos. Constitui-se como importante ferramenta para apoiar o processo de planejamento participativo.

Foram utilizados registros existentes no PSF Santana e na Secretaria de Saúde de Patos de Minas, como mapas e relatórios anteriores, dados coletados durante os atendimentos clínicos e reuniões com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), técnica de enfermagem e enfermeiro da equipe. Também foram realizadas observações ativas da área, com anotações e reflexões críticas das informações coletadas. A partir de então foi possível descrever o perfil da população e identificar alguns de seus problemas e prioridades.

Em relação aos registros existentes, as fontes de coleta foram: registros do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), com o relatório da Situação de Saúde e acompanhamento das famílias na área (SSA2), a partir das fichas A (famílias cadastradas), B-HA (Hipertensos cadastrados e acompanhados), consolidados da Vigilância Epidemiológica e prontuários.

As ACS colheram informações com líderes comunitários, considerados importantes informantes-chaves e as respostas mais citadas como, por exemplo, facilidade ou dificuldade ao agendamento de consultas e exames e principais problemas enfrentados pela comunidade, foram registradas e discutidas com a equipe.

4.2 SEGUNDA ETAPA: REVISÃO DA LITERATURA

Na segunda etapa, foi realizada a revisão de literatura, nas bases de dados eletrônicas da biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), na Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nos site do Ministério da Saúde e do IBGE.

4.3 TERCEIRA ETAPA: PLANO DE INTERVENÇÃO

Na terceira etapa, a elaboração da proposta de intervenção foi realizada, utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS; 2010).

O PES, a partir de seus fundamentos e método, propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo. Assim, possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo (CAMPOS; FARIA; SANTOS; 2010).

Pela estimativa rápida, foram registrados alguns problemas encontrados no PSF Santana e depois foi eleito aquele considerado como principal, para que se pudesse elaborar um projeto de intervenção.

5 DESENVOLVIMENTO

5.1 REVISÃO DA LITERATURA

A HAS refere-se a uma doença crônica não transmissível, com alta prevalência na população (RABETTI; FREITAS, 2011). Essa doença apresenta altos índices de morbimortalidade, com importante impacto sobre a qualidade de vida dos acometidos, o que denota a relevância de um diagnóstico precoce (BRASIL, 2013).

O diagnóstico e o controle da HAS são fatores indispensáveis para a prevenção e manejo de doenças cardiovasculares graves e lesões em órgãos alvo, como insuficiência cardíaca congestiva, doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, nefropatia hipertensiva, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva (RABETTI; FREITAS, 2011).

De acordo com o preconizado pela VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) a HAS é classificada de acordo com o Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial sistêmica para adultos.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥110

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010).

No Brasil, estudo multicêntrico realizado em 27 cidades brasileiras, pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) verificou prevalência de HAS de 24,3% (VIGITEL, 2013).

Ainda segundo o estudo da Vigitel, a prevalência de HAS é maior entre as mulheres (26,9%) do que entre os homens (21,3%). Destacou-se, ainda, a relação inversa entre o nível de escolaridade e a prevalência da doença, sendo mais frequente entre aqueles com 0 a 8 anos de estudo (37,9%) (VIGITEL, 2013).

Em relação à faixa etária, a HAS torna-se mais comum com o avanço da idade, acometendo cerca de 3,8% dos indivíduos de 18 a 24 anos de idade, o que se eleva para 50% entre aqueles com 55 a 64 anos e atingindo seu pico entre as pessoas com 65 anos ou mais de idade (59,2%) (VIGITEL, 2013).

Assim, no que se refere aos fatores de risco para a HAS destacam-se os não modificáveis, como a idade, o gênero, a etnia e os genéticos; e os modificáveis, como o excesso de peso, o sedentarismo, a ingestão de sal, o consumo de álcool, o tabagismo e fatores socioeconômicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Porém, devem-se considerar as especificidades da clientela atendida para identificação desses fatores. Em estudo realizado em Minas Gerais verificaram diferenças nos fatores que se associaram à HAS entre adultos e idosos. Entre os adultos a HAS esteve associada à idade ≥ 40 anos, excesso de peso, presença de diabetes e hábitos alimentares inadequados; enquanto entre os idosos, somente o sobrepeso associou-se à HAS (SALOMÃO et al., 2013).

O local de moradia também pode determinar os fatores de risco para a HAS. Pesquisa realizada em Minas Gerais, que comparou hipertensos residentes nas zonas urbana e rural, verificou similaridades entre os grupos quanto a fatores como uso de álcool, tabagismo, hábitos alimentares e média de idade. Por outro lado, identificaram diferenças em relação ao histórico familiar, obesidade, cor e padrão de exercício físico. Na zona rural predominaram os pacientes brancos, com antecedentes familiares de HAS, e sedentários; enquanto na zona urbana eram predominantemente negros e obesos, porém tendiam a aderir mais às atividades físicas como forma de controlar a pressão arterial (MONTEIRO; FARIA; ALVES, 2009).

Em pesquisa realizada na China, em que a prevalência de HAS foi de 26,6%, a proporção de hipertensos na zona urbana foi significativamente superior aos da zona rural ($p < 0,001$). Contudo, verificaram que há uma tendência de aumento na prevalência de HAS nas populações rurais, visto que quando considerado o nível de desenvolvimento econômico, em regiões economicamente desenvolvidas já se percebe maior prevalência de hipertensos residindo na zona rural do que na zona urbana (GAO et al., 2013).

É importante que os profissionais de saúde conheçam e estejam atentos aos sinais e sintomas que envolvem a HAS a fim de identificar os casos, propor terapêutica adequada e realizar acompanhamento efetivo dos acometidos, no intuito de evitar ou minimizar complicações.

Para o diagnóstico da HAS não é necessário o uso de tecnologia sofisticada, sendo de fácil realização na Atenção Básica. O tratamento pauta-se em mudanças nos hábitos de vida e no uso de medicamentos, na maioria dos casos, de baixo custo e oferecidos pela rede pública de saúde (BRASIL, 2013).

Ainda assim, a HAS tem baixas taxas de controle entre a população, sendo considerado um dos mais importantes fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares e um dos mais relevantes problemas de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Em pesquisa realizada com adultos e idosos em Teresina-PI verificaram que 77,62% dos hipertensos não aderiam adequadamente ao tratamento medicamentoso para HAS. O esquecimento e o atraso no horário das medicações foram as principais causas de adesão inadequada ao tratamento (CARVALHO et al., 2012).

Estudo de revisão integrativa identificou como fatores que interferem na adesão ao tratamento para HAS cinco grandes grupos. O primeiro grupo refere-se ao regime terapêutico, em que há grande número de medicamentos, diferentes doses e conhecimento inadequado sobre a terapêutica. O segundo grupo destaca os aspectos socioeconômicos e demográficos do paciente, relacionado ao sexo masculino, idade avançada, baixa condição socioeconômica e de escolaridade. O terceiro grupo aponta para a relação estabelecida entre o paciente, os serviços e os profissionais de saúde. O quarto grupo destaca os aspectos psicossociais e culturais, uma vez que hipertensos costumam apresentar grande dificuldade em

realizar mudanças no padrão de comportamento, relacionados aos hábitos de vida. E no último grupo encontra-se o apoio familiar e social, indicando que familiares ou cuidadores com conhecimento sobre a HAS podem contribuir para maior adesão do paciente ao tratamento para HAS (SOARES et al., 2012).

A adesão ao tratamento para HAS constitui-se como fator imprescindível para diminuição das altas taxas de complicações cardiovasculares. Assim, é relevante que os profissionais compreendam essa importância na prática clínica, considerando a avaliação sistemática dos pacientes hipertensos no sistema de saúde (SANTOS et al., 2013).

Contribuir para ampliação do conhecimento, por meio da educação em saúde, e promover maior interação entre a equipe de saúde e o paciente podem favorecer a maior adesão ao tratamento. Alternativas recentemente aplicadas como a combinação de medicamentos antihipertensivos em doses fixas, o suporte farmacêutico e o automonitoramento da pressão arterial, também têm contribuído para a melhor adesão à terapêutica (SANTOS et al., 2013).

O Ministério da Saúde ainda recomenda como passos fundamentais para a ampliação da adesão terapêutica ao tratamento de HAS as seguintes medidas, dispostas no Quadro 2.

Quadro 2 - Recomendações para melhorar a aderência à terapêutica anti-hipertensiva.

Recomendações
Facilitar o acesso dos pacientes;
Orientar os pacientes sobre o problema, seu caráter silencioso, a importância da adesão à terapêutica, envolver a estrutura familiar e/ou apoio social;
Estabelecer o objetivo do tratamento (obter níveis normotensos com mínimos para efeitos);
Manter o tratamento simples, prescrevendo medicamentos que constam na Relação Nacional de Medicamento Essenciais (Rename), que estão disponíveis na farmácia básica e/ou na farmácia popular;
Encorajar modificações no estilo de vida;
Integrar o uso da medicação com as atividades cotidianas;
Prescrever formulações favorecendo a longa ação;

Tentar nova abordagem em terapias sem sucesso;

Antecipar para o paciente os efeitos adversos e ajustar a terapia para minimizá-los;

Adicionar gradualmente drogas efetivas.

Fonte: Brasil (2013).

Destaca-se que os profissionais da Atenção Básica apresentam importante relevância no estabelecimento dessas estratégias de ação, tendo como objetivo a prevenção da doença, o diagnóstico precoce, o acompanhamento e controle da HAS. Adicionalmente, devem primar pela prática centrada na pessoa, procurando envolver não somente o indivíduo, mas também a família e cuidadores, na realização de ações individuais e coletivas (BRASIL, 2013).

Nesta conjuntura, está inserida a ESF, fundamental na realização de medidas preventivas e no controle de agravos relacionados à HAS. Contudo, é relevante que as ESFs estejam aptas para sistematizar a assistência e organizar o atendimento, de forma que os pacientes hipertensos tenham acesso aos serviços disponíveis de saúde. Devem ser incluídas as consultas médicas e de enfermagem, exames complementares, distribuição de medicamentos anti-hipertensivos, avaliação de medidas antropométricas, além do atendimento em saúde bucal e encaminhamento a outras especialidades, quando necessário, com vistas a prevenir ou conter lesões em órgãos-alvo (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011).

Em relação ao atendimento na Atenção Básica, o médico deve realizar a consulta inicial dos pacientes hipertensos, procurando identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares, presença de lesões em órgãos alvo. Devem fazer parte dessa avaliação a história pregressa, o exame físico e a solicitação de exames complementares. A avaliação completa do paciente irá favorecer o diagnóstico adequado, a avaliação de fatores de risco e o estabelecimento do planejamento terapêutico (BRASIL, 2013). Ressalta-se que além do médico, toda a equipe deve estar engajada no atendimento e acompanhamento integral do paciente.

Como afirmam Oliveira e Moreira (2010), devem-se postergar ao máximo as complicações decorrentes da HAS como, por exemplo, as doenças cardiovasculares e insuficiência renal. Isso, para que a dependência e as incapacidades manifestadas não venham a comprometer excessivamente as atividades de vida diária dos acometidos pela HAS.

Assim, é relevante que os profissionais que integram a ESF, dentro do contexto da Atenção Básica, conheçam as características da clientela em sua área de abrangência, para melhor planejarem as estratégias de ação que delinearão o atendimento do paciente hipertenso. A sistematização dessas estratégias pode subsidiar a realização de um acompanhamento mais efetivo, minimizando e prevenindo os agravos à saúde.

5.2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO PSF SANTANA

Foram consideradas as três fontes principais descritas no método: registros escritos existentes ou fontes secundárias, informantes chave e observação ativa da área.

De acordo com o SIAB, em março de 2013 havia 498 hipertensos cadastrados no PSF Santana (SIAB, 2013).

Porém, é possível que esse número possa chegar a valores mais elevados, devido a casos subdiagnosticados e/ou não cadastrados. Em estudo realizado por Carvalho Filha, Nogueira e Viana (2011) obteve-se que em 2011, segundo dados do Ministério da Saúde, havia cerca de 22.000 hipertensos e 5000 diabéticos no município de Caxias (MA), sendo que no sistema encontravam-se cadastrados 7768 hipertensos, 547 diabéticos e 2.585 diabéticos e hipertensos.

A distância entre o serviço de saúde e a residência, a escassez de transporte para se deslocar até as unidades, e os fatores socioeconômicos podem ter contribuído para limitar o acompanhamento adequado dos pacientes hipertensos pelo PSF Santana. Pesquisa realizada com dados da PNAD identificou que hipertensos residentes na zona urbana apresentam maiores chances de serem consultados por médicos do que aqueles residentes na zona rural (MOREIRA; MORAIS; LUIZ, 2010).

Durante a realização das consultas médicas no PSF Santana e com base nas discussões com a equipe pode-se perceber que as opções de lazer são escassas e que grande parte da população é sedentária.

Evidenciou-se, ainda, que o estilo de vida dessa população pode ter relação com os fatores socioeconômicos presentes, como o baixo nível socioeconômico e de escolaridade. Muitas famílias não possuem renda fixa e vivem em condições

precárias de habitação. A participação em grupos sociais, como os Conselhos de Saúde, também apresenta pouca expressividade.

Verificou-se a escassez de atividades sistematizadas que abarquem a educação em saúde. Também prevalece a falta de recursos destinados ao lazer e esporte nessa área.

A atuação do NASF ainda é pouco frequente, sendo realizadas visitas mensais.

Em relação à distribuição de medicamentos antihipertensivos, a farmácia da rede básica do Sistema Único de Saúde (SUS), em Patos de Minas, está passando por dificuldades em atender a grande demanda de medicamentos, essenciais ao controle da HAS. Além disso, não há farmácias próximas ao território do PSF Santana. Há muitas estradas sem pavimentação, o que pode dificultar o acesso a hospitais e centros especializados, laboratórios e clínicas de reabilitação, quando existe a necessidade desse tipo de atendimento.

Foi possível perceber que a alimentação dos pacientes, inúmeras vezes encontrava-se inadequada, com grande consumo de carboidratos, gordura saturada, excesso de sal e pouca quantidade de fibras e vegetais.

Apesar de estarem em área rural, era constante a queixa por parte dos pacientes do difícil acesso a frutas e verduras ou dificuldade em fazer ou manter uma horta. E ainda, seja pela cultura local ou falta de conhecimento, alguns afirmavam que consumiam banha de porco por acreditarem que esta possuía maior valor energético do que o óleo vegetal.

Destaca-se, ainda a presença de etilismo e tabagismo, frequentes nos atendimentos realizados pelos profissionais da unidade de saúde.

Apesar da presença semanal da equipe de saúde bucal no PSF Santana, a dentição dos moradores é precária.

Em relação aos aspectos culturais, muitos acreditam que o trabalho já é uma atividade física e relatam que não possuem tempo para fazer caminhadas ou outro esporte, já que o trabalho é extenuante e excessivo. Outros afirmam que, sem o consumo da banha de porco para preparo dos alimentos não conseguirão obter energia para as atividades rurais.

As discussões com a equipe e a observação permitiram identificar que muitos hipertensos desconhecem o significado e as consequências da própria patologia e,

consequentemente não fazem o uso regular das medicações. Outros têm medo do uso excessivo de remédios.

Alguns param com as medicações por acharem que estão curados ou por não estarem sintomáticos. Grande parte se esquece de tomar as medicações nos devidos horários ou, devido ao nível de escolaridade fazem confusão com as dosagens, posologias e tipos de remédios.

A falta de medicamentos em farmácias populares e a necessidade constante de renovação de receitas médicas são outros possíveis motivos para a má adesão ao tratamento da HAS.

Durante as consultas médicas, também se verificou a existência de muitos pacientes dependentes de benzodiazepínicos e antidepressivos, muitos destes em uso incorreto e abusivo das medicações.

Além disso, são frequentes os pacientes em sobrepeso ou obesos, com lombalgia crônica, diabetes e HAS mal controlada.

5.3 PLANO DE INTERVENÇÃO

Conforme descrito anteriormente, a proposta de intervenção para o PSF Santana foi elaborada por meio do PES Simplificado.

Utilizando o método da estimativa rápida, foi possível identificar os principais problemas da área de abrangência. A equipe listou, por ordem crescente de prioridade, levando-se em consideração a sua magnitude, transcendência, capacidade de ser prevenível e a morbimortalidade associada os seguintes problemas:

- Alcoolismo;
- dentição precária;
- tabagismo;
- depressão;
- necessidade de mais exames de prevenção de câncer de colo uterino;
- obesidade;
- lombalgia crônica;
- diabetes mal controlada;
- HAS mal controlada.

Assim, o problema selecionado pela equipe do PSF Santana como prioritário foi a HAS mal controlada.

Os hipertensos do PSF Santana vivenciam a falta de acompanhamento médico adequado, limitação de exames e dificuldade de acesso aos serviços secundários e terciários da atenção à saúde.

Com o objetivo de tentar entender a gênese do problema a ser enfrentado, a HAS mal controlada, a equipe de saúde tentou identificar as suas causas.

a) Causas relacionadas aos pacientes:

- Baixa adesão aos serviços de saúde: pode estar relacionada à dificuldade dos trabalhadores em consultar no horário de trabalho, ao baixo nível educacional e ao caráter assintomático da doença em estágios iniciais;
- Aspectos culturais: muitos hipertensos acreditam que já foram curados da doença e param com o tratamento;
- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde: pode estar relacionado ao baixo poder econômico, existência de ruas sem pavimentação e escassez de transportes;
- Hábitos de vida inadequados: incluindo o sedentarismo, alimentação inadequada, etilismo e tabagismo.

b) Causas relacionadas à equipe de saúde:

- Alta rotatividade dos profissionais que compõem a equipe;
- Despreparo da equipe quanto à melhor forma de abordar o paciente;
- Dificuldades relacionadas aos aspectos organizacionais: agenda de atendimentos lotada, grande demanda para poucos dias de atendimento, falta de equidade no agendamento das consultas, falha na utilização de protocolos clínicos para HAS, falha na atualização da ficha B dos hipertensos.

c) Causas relacionadas à gestão da saúde:

- Manutenção de um sistema de saúde voltado para a cura e clientelista;
- Falta de incentivo para atividades preventivas e de reabilitação;
- Existência de “cotas” para solicitação de exames laboratoriais que limita e impossibilita a aplicação de protocolos;

- Dificuldade e demora na marcação de eletrocardiograma;
- Inexistência da contra-referência dos serviços complementares.
- Contratação insuficiente de profissionais

Diante das causas elencadas pela equipe que podem contribuir para o controle inadequado da HAS dos pacientes cadastrados no PSF Santana, podem-se listar algumas de suas consequências:

- Agravamento dos quadros clínicos;
- Sequelas irreversíveis e óbitos dos pacientes;
- Baixa adesão dos usuários ao acompanhamento da doença;
- Baixa cobertura para consultas;
- Receitas vencidas, prejudicando o uso de medicamentos;
- Auto-medicação;
- Aumento da demanda no pronto-atendimento;
- Dificuldades em organizar um atendimento de qualidade;
- Dificuldades na atualização e registros dos dados do SIAB;
- Aumento progressivo dos gastos em saúde e procedimentos de alta complexidade.

Entre as várias causas que poderiam estar relacionadas à HAS mal controlada entre os hipertensos do PSF Santana, estabeleceram-se aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, e que precisam ser enfrentadas. Para realizar essa análise, foi utilizado o conceito de “nó crítico” proposto no PES.

“Nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando atacada, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a idéia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo autor que está planejando.” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

Assim, foram selecionados os seguintes nós críticos:

- Hábitos de vida inadequados dos hipertensos do PSF Santana.
- Má adesão ao tratamento medicamentoso.

Esses dois fatores podem ser considerados como nós críticos, pois são causas importantes que, se combatidas, poderão contribuir para a redução dos níveis de morbimortalidade pela HAS.

Considerou-se que melhorar os hábitos de vida estaria relacionado ao combate do sedentarismo, da obesidade, do tabagismo, do etilismo e a realização de uma dieta equilibrada. Entretanto, para isso, é preciso realizar a sensibilização da população para esses aspectos, por meio da educação continuada. Também é salutar tentar unir o conhecimento técnico científico à cultura e às condições locais.

A má adesão ao tratamento medicamentoso é outro problema enfrentado pela equipe de saúde no que diz respeito à HAS e também pode ser considerado como outro nó crítico. Desse modo, foram estabelecidas as operações destinadas aos nós críticos estabelecidos (Quadro 3).

Quadro 3 - Desenho de operações para os nós críticos relacionados à HAS mal compensada.

Nó crítico	Operações/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos esperados	Recursos Necessários
Hábitos de vida Inadequados	Vida saudável	Diminuir em 20% o número de sedentários, obesos, tabagistas e etilistas no prazo de 1 ano.	Realização de educação em saúde com o apoio dos profissionais do PSF Santana e do NASF; Rastreamento e identificação dos casos de etilismo, tabagismo, obesos e sedentários durante as consultas e visitas domiciliares; Programa de tratamento aos tabagistas e etilistas; Programa de caminhada orientada;	Organizacional: organizar as reuniões dos profissionais do NASF e do PSF, as consultas de acompanhamento e as caminhadas; Cognitivo: informações sobre tabagismo, etilismo, dieta saudável, esportes e estratégias de comunicação; Político: mobilização social, incentivo à participação no Conselho de Saúde;

			Programa de reeducação alimentar	Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos explicativos, incentivo do governo ao fornecimento de medicamentos contra tabagismo e contratação de profissionais
Má adesão ao tratamento medicamentoso	Meu amigo comprimido	<p>Redução do número de casos de HAS mal controlada;</p> <p>Ampliação da oferta de medicamentos e exames, oferecidos pelo SUS, de acordo com o estabelecido nos protocolos do Ministério da Saúde.</p>	<p>Palestras de educação em saúde sobre a HAS;</p> <p>Adequação das receitas e acompanhamento dos pacientes com déficit visual ou analfabetos;</p> <p>Ampliação do número de consultas e da renovação de receitas;</p> <p>Criação de pontos de fornecimento de medicamentos mais próximos à zona rural.</p>	<p>Organizacional: elaboração do projeto de adequação;</p> <p>Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas;</p> <p>Financeiro: aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos; Incentivo do governo para o fornecimento de medicamentos próximos à zona rural, considerando a infraestrutura física, recursos humanos e materiais.</p>
	Atendimento Humanizado	Ampliação do atendimento resolutivo aos pacientes hipertensos;	Acolher todos pacientes que solicitarem atendimento na UBS.	Organizacional: reuniões para organizar as atividades da equipe e adequação da

		<p>Consultas agendadas periodicamente, para garantir renovação das receitas e pedidos dos exames necessários e avaliação de lesão em órgãos-alvo;</p> <p>Ampliação do vínculo médico-paciente</p>	<p>Primeira avaliação pela enfermagem e agendamento das consultas de acordo com a gravidade e uso de protocolos.</p> <p>Realizar a busca ativa, com o acompanhamento dos pacientes por meio das visitas domiciliares.</p> <p>Programação mensal das atividades (consultas médicas, consultas de enfermagem, grupos operativos).</p>	<p>agenda de consultas.</p> <p>Financeiro: confecção e registro das atas das reuniões, agendas e fichários.</p>
--	--	---	---	---

Durante a fase de implantação do projeto de intervenção serão realizadas reuniões mensais com a ESF para o monitoramento e será utilizado o seguinte quadro com o cronograma das atividades e responsáveis envolvidos (Quadro 4).

Quadro 4 - Acompanhamento do projeto de intervenção

Operação/ Projeto	Produtos	Responsáveis	Prazo	Novo prazo
Apresentação do projeto	Projetos apresentados à toda equipe e à coordenação da atenção básica de saúde.	Enfermeiro Médico	Abril 2013	
Vida Saudável	Programação mensal	Profissionais do NASF Médico Equipe de Enfermagem ACS	Maio de 2013 a fevereiro de 2014	
Meu amigo comprimido	Programação mensal	Médico Equipe de Enfermagem ACS	Maio de 2013 a fevereiro de 2014	

Atendimento Humanizado	Acolhimento implantado	Médico Equipe de Enfermagem ACS	Maio de 2013 a fevereiro de 2014	
	Agenda programada	Médico Equipe de Enfermagem ACS Apoio da secretaria	Maio a junho de 2013	
	Sistema de busca ativa	Médico Equipe de Enfermagem ACS	Maio a junho de 2013	

Após a implementação dos projetos propostos, serão realizadas avaliações trimestrais das atividades para verificar os resultados esperados.

Enfim, as propostas para melhorias na adesão dos pacientes hipertensos do PSF Santana ao tratamento para HAS vão requerer um trabalho em equipe complexo e a existência de um plano de ação, capaz de combater esses “nós críticos”, e poderá ajudar no monitoramento das ações propostas e na avaliação de resultados esperados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a participação no curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família foi possível aplicar os conhecimentos teóricos ao campo de trabalho concomitantemente.

Os ensinamentos baseados no método centrado na pessoa e na família propiciaram uma reflexão sobre alguns mitos e verdades que dificultam a adesão ao tratamento da HAS.

Estes foram fundamentais para a formulação de estratégias mais consistentes, tendo como intuito a melhoria da saúde da população. Toda a equipe se empenhou na busca de respostas para as falhas no acompanhamento dos hipertensos e houve uma valorização no papel tanto pessoal quanto profissional de cada indivíduo, sem, contudo desvalorizar as crenças e conhecimentos da população.

Percebeu-se a importância do uso de ferramentas que propiciam a coleta de informações e organização dos dados coletados: diagnóstico situacional, observação ativa da área, método de estimativa rápida e PES. Assim, toda a equipe pode participar da formulação de propostas baseadas na realidade local para a promoção da saúde.

Enfim, o tratamento da hipertensão no PSF Santana de Patos de Minas é um trabalho em equipe complexo e a existência de um plano de ação, capaz de combater os “nós críticos” encontrados, como os hábitos de vida inadequados e a má adesão ao tratamento medicamentoso poderá ajudar no monitoramento das ações propostas e na avaliação de resultados esperados.

Espera-se que a implementação dessas ações possa favorecer a ampliação da adesão ao tratamento da HAS pelos pacientes cadastrados no PSF Santana, a partir de um planejamento sistematizado, que valoriza as características da população e as condições existentes nos serviços de saúde oferecidos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2013.

CARVALHO, A.L.M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n. 7, p. 1885-1892, 2012.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CARVALHO FILHA, S.S.C; NOGUEIRA, L.T.; VIANA, L.M.M. *Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família*. *Rev Rene*, v.12, n.esp., p.930-6, 2011.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS – DATASUS. População residente. 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popmg.def>> Acesso em: 20 jan. 2014.

_____. Hipertensos cadastrados por zona, segundo Município. 2013a. Disponível em < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>>. Acesso em: 28 dez. 2013.

_____. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2013b. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabmg.def>>. Acesso em: 18 nov. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2010. Cidades. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=314800#>> Acesso em: 25 mar. 2013.

GAO, Y. et al. Prevalence of hypertension in China: a cross-sectional study. *PLOS ONE*, v.8, n.6. Disponível em:

<<http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0065938&representation=PDF>>. Acesso em: 18 dez. 2013.

MONTEIRO, C.N.; FARIAS, R.E.; ALVES, M.J.M. Perfil de hipertensos em populações urbana e rural no estado de Minas Gerais. *Rev. APS*, v.12, n.1, p.48-53, 2009.

MOREIRA, J.P.L.; MORAES, J.R.; LUIZ, R.R. Utilização de consulta médica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados da PNAD 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.9, p.3781-93, 2011.

OLIVEIRA, C.J.; MOREIRA, T.M.M. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. *Rev Rene.*, v.11, n.1, p.76-85, 2010.

RABETTI, A.C.; FREITAS, S.F.T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. *Rev Saúde Pública*, v.45, n.2, p.258-68, 2011.

SALOMÃO, C.B. et al. Fatores associados à hipertensão arterial em usuários de serviços de promoção da saúde. *Rev Min Enferm.*, v17, n.1, p.32-8, 2013.

SANTOS, M.V.R. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Rev Bras Clin Med.*, v.11, n.1, p.55-61, 2013.

SOARES, M.M. et al. Adesão do idoso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa. *Cogitare Enferm.*, v.17, n.1, p.144-50, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.*, v.95, n.1, supl.1, p.1-51, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf> Acesso em: 12 jan. 2013.

VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO. *Vigitel Brasil 2012. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais de 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2013.* Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.sbpt.org.br/downloads/arquivos/vigitel_2012.pdf>. Acesso em 16 dez. 2013.