

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

JUAN CARLOS SALOMON PINO

**MELHORA DA ATENÇÃO AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS DO PSF CAPIVARA,
MUNICÍPIO TOMBOS. MG**

Belo Horizonte / MG
2016

JUAN CARLOS SALOMON PINO

**MELHORA DA ATENÇÃO AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS DO PSF CAPIVARA,
MUNICÍPIO TOMBOS. MG**

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

Orientador: Prof^ª. Maria José Moraes Antunes.

Belo Horizonte / MG
2016

JUAN CARLOS SALOMON PINO

**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DO PSF CAPIVARA.
MUNICÍPIO TOMBOS, MG.**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof^ª. Dra. Maria José Moraes Antunes

Examinador 2: Prof^ª. Samara Macedo Cordeiro

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016.

DEDICATÓRIA

A minha família por ser o motor impulsor de mi vida.

A todos aqueles que contribuíram a minha formação profissional.

A meus pacientes por ser o objeto de este estudo.

A minha equipe de trabalho do PSF Capivara.

A todo o pessoal da Secretaria Municipal de Saúde de Tombos.

A todos aqueles amigos que deram seu apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

A todos os que aportaram a esta obra: pacientes, colegas de trabalho, professores, amigos, muito obrigado.

A lenda pessoal é aquilo que você sempre desejou fazer. Todas as pessoas, no começo da juventude, sabem qual é sua lenda pessoal. Nesta altura da vida, tudo é claro, tudo é possível, e não temos medo de sonhar e de desejar tudo aquilo que gostaríamos de fazer. Entretanto, à medida em que o tempo vai passando, uma misteriosa força começa a tentar provar que é impossível realizar a Lenda Pessoal. Esta força que parece ruim, na verdade está ensinando a você como realizar sua Lenda Pessoal. Está preparando seu espírito e sua vontade, porque existe uma grande verdade neste planeta: seja você quem for, quando quer com vontade alguma coisa, é porque este desejo nasceu na alma do Universo. É sua missão na Terra. (O Alquimista)

Paulo Coelho

RESUMO

A hipertensão e diabetes são fatores de risco para doenças cardiovasculares, que por sua vez constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. O objetivo do trabalho foi elaborar um plano de intervenção para melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão e Diabetes no PSF Capivara, município Tombos. A população alvo é de 695 usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e 126 usuários com Diabetes Mellitus pertencentes à área adstrita do PSF. A metodologia utilizada constou primeiro da elaboração do diagnóstico situacional, para a escolha do problema prioritário, seus nós críticos e elaboração do plano de intervenção. Em seguida foi realizada revisão teórica em textos científicos, disponíveis nas redes virtuais SCIELO e BVS, relacionados à prevenção e tratamento da hipertensão e diabetes. Em seguida foi feita a atualização do plano elaborado na primeira etapa. Estão previstas a realização de ações de capacitação e atualizações científicas, exames clínicos, registros, buscas ativas dos usuários faltosos, visitas domiciliares àqueles que não poderiam ir à consulta, atividades de grupo com os hipertensos e diabéticos e seus familiares. O desenvolvimento do plano de intervenção, com a participação de toda a equipe de saúde da família tem sido importante, porque permite a melhora do cadastramento de usuários com HAS e DM, a qualidade de atenção dos usuários, e participação deles em atividades de grupo e diminuição das complicações por estas doenças. Permite, ainda identificar casos precocemente, evitar futuras complicações, melhorar a qualidade de saúde oferecida à população e reduzir gastos com hospitalizações, exames e medicações.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

ABSTRACT

Hypertension and diabetes are risk factors for cardiovascular diseases, which in turn constitute the main cause of morbidity and mortality in the Brazilian population. The objective of the study was to elaborate an intervention plan to improve the health care of users with Hypertension and Diabetes in the PSF Capivara, Tombos municipality. The target population is 695 users with Systemic Arterial Hypertension and 126 users with Diabetes Mellitus belonging to the affiliated area of the PSF. The methodology used consisted first of the elaboration of the situational diagnosis, for the choice of the priority problem, its critical nodes and elaboration of the intervention plan. Next, a theoretical review was carried out in scientific texts, available in the virtual networks SCIELO and VHL, related to the prevention and treatment of hypertension and diabetes. The plan elaborated in the first stage was then updated. Training activities and scientific updates, clinical examinations, registries, active searches of missing users, home visits to those who could not go to the consultation, group activities with hypertensive and diabetic patients and their relatives are planned. The development of the intervention plan, with the participation of the entire family health team, has been important because it allows the improvement of the enrollment of users with SAH and DM, the quality of attention of the users, and their participation in group activities. Complications. It also allows identifying early cases, avoiding future complications, improving the quality of health offered to the population, and reducing hospitalization, testing and medication costs.

Key words: Family Health; Primary Health Care; Chronic disease; Diabetes Mellitus; Hypertension.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde de Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial da Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação na Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	16
4 METODOLOGIA	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERENCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

O município Tombos Localizado na Zona da Mata do Estado de Minas Gerais, com uma altitude de 278 m e um clima com classificação tropical, o município conta com uma população de aproximadamente 12 000 habitantes que residem na sede e nos dois distritos: Catuné criado pelo Decreto-Lei Nº 1.058, de 31/12/1948; Água Santa de Minas, que foi criado pela Lei Municipal 1.085, de 25/03/94. (BRASIL, 2016).

A área do Município está em torno de 284 mil m²; a economia está alicerçada na agricultura, com a produção de café, milho, arroz, feijão e outros cereais básicos, que são usados tanto para o consumo interno, como para a exportação a municípios vizinhos. Outro grande destaque é a pecuária, com o gado de corte, recria e leite e, ainda, suínos de corte. Destacam-se também o artesanato e pequenas indústrias. (BRASIL, 2016).

Tombos está habilitado para a Gestão Plena de Sistema em Saúde, encontra-se implantado o SUS (Sistema Único de Saúde) desde 1990 e possui estabelecimentos de saúde públicos que ofertam serviços gratuitos e alguns estabelecimentos privados.

A rede de Atenção Primária conta com quatro equipes da Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal, dois consultórios odontológicos nas escolas municipais, um Centro de Referência em Saúde Materno Infantil que oferta serviços de pré-natal, ginecologia, pediatria e puericultura e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF II). Sendo porta de entrada, a Atenção Primária realiza os atendimentos de demanda imediata e agendada e referência para os serviços especializados, através do sistema de referência e contra referência. (SIAB, 2013).

Na Atenção Especializada, possui um Centro de Saúde (POLICLÍNICA) que oferta atendimento de média complexidade, com consultas especializadas em cardiologia, ortopedia, cirurgia geral, nutricionista, psiquiatria, serviço de fisioterapia e eletrocardiograma. Conta também com um Centro de Fisioterapia em um dos dois distritos existentes no município. Possui um Pronto Socorro Municipal que oferta serviços de urgência e emergência, com assistência 24 horas e convênio com o SAMU para remoção de pacientes para fora do município. Na Rede de Saúde Mental, conta com um CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial). Na prestação de

serviços, o município conta com um Hospital de pequeno porte, que oferece serviços de internações clínicas e cirúrgicas, serviço de radiologia e ultrassonografia. São prestadores também um Laboratório de Análises Clínicas e a APAE (Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais) e o CISVERDE (Consórcio Intermunicipal de Saúde), que oferta consultas e exames especializados.

Na Secretaria de Saúde encontra-se em funcionamento a Farmácia Básica para dispensação de medicamentos (brevemente será transferida para o prédio da FARMÁCIA DE MINAS), um setor de TFD (tratamento fora do domicílio) e uma central de regulação que agenda consultas e exames especializados, cirurgias eletivas pelo SUS de acordo com as pautações estabelecidas e através de convênios firmados com a Prefeitura Municipal.

Eu trabalho no PSF Equipe Capivara de Medico da Família Rural. Contamos com uma equipe de Saúde composta por um Médico, uma enfermeira, uma Técnica de Enfermagem, uma odontóloga e seis agentes de saúde. O nosso horário de trabalho é pela manhã de 8 a 12 e à tarde das 13h às 17h de segunda a sexta-feira. Realizamos atendimentos de demandas espontâneas, atenção a grupos prioritários como gestantes, crianças, idosos, hipertensos, diabéticos, Saúde da mulher, saúde do homem e utilizamos os protocolos de atendimento do Ministério de saúde. Os atendimentos são registrados em prontuários clínicos organizados por família, além de ter prontuário eletrônico. Todos os dias atendemos à demanda espontânea pela manhã e à tarde. Nas terças-feiras, pela manhã, agendamos e atendemos aos usuários de HiperDia, e reservamos e a tarde duas realizamos a atenção a gestantes. Na quarta-feira de manhã trabalhamos na saúde da mulher e a tarde saúde do homem, na quinta-feira pela manhã puericultura e a tarde visitas domiciliares, na quinta-feira a tarde a reunião da equipe, e na sexta feria eu realizo as atividades do curso. O agendamento de enfermagem é igual, e nas sextas e terças-feiras são realizados os testes de pezinho. A técnica de enfermagem realiza curativos e realiza teste de Hgt. Nossa PSF tem uma estrutura e um espaço muito pequeno, fator que influencia no desenvolvimento de nosso trabalho. A recepção tem capacidade para 10 usuários.

O processo de acolhimento é realizado todo o dia, e o primeiro contato é na recepção com duração de 10 minutos, durante esse tempo é solicitado ao usuário documento de identidade, cartão do SUS e comprovante de residência para

completar o cadastro. Utilizamos a triagem tradicional. O usuário após o atendimento sai com a próxima consulta agendada segundo o protocolo de atendimento.

Os usuários com HAS e DM tem acompanhamento a cada três meses, as crianças dependem da idade e a gestante segundo idade de gestação. O acompanhamento é feito pelo médico e enfermeira.

Temos dificuldade com a agenda de odontologia, pois o agendamento é semanal para as demandas espontâneas e não se trabalha com grupos prioritários. Não temos local específico para fazer atividades com a comunidade e precisamos de igrejas e locais de escola para os encontros com os grupos. Temos grupos de gestantes, mulheres e HiperDia e realizamos atividades todas as semanas, sendo que o trabalho com os adolescentes é em coordenação com a escola. Realizamos caminhadas duas vezes por semana durante 30 minutos e tem boa aceitação na comunidade. Fazemos reuniões de equipe, planejamos e coordenamos a agenda e atividades da semana, e analisamos e avaliamos os programas de saúde ou os casos individuais que afetam a família e a comunidade.

Não temos conselho de saúde na PSF, nem líder comunitário. Temos dificuldades com os medicamentos e recursos materiais de trabalho. O cadastro não está atualizado porque temos poucos agentes de saúde. O mapeamento foi feito no ano passado. Nossa maior dificuldade com os usuários são os exames laboratoriais que demoram muito tempo e os encaminhamentos aos especialistas.

O PSF funciona em um local adaptado, a estrutura física não cumpre com todos os requerimentos básicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Os ambientes são pequenos e o espaço disponível para realizar as consultas são limitados e apresentamos algumas barreiras arquitetônicas que dificultam a entrada a usuários com deficiências físicas. Contamos com uma equipe de saúde da família incompleta, composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um odontólogo, quatro agentes de saúde, faltando dois agentes comunitários e a recepcionista. Nossa PSF atende dois distritos rurais e a nossa área de abrangência está bem definida. Atendemos uma população de 2.546 pessoas. Verificamos que a população da área é predominantemente jovem, pois existe um grande número de pessoas com menos de 59 anos, porém as taxas de crescimento da população idosa como no restante do país, continua crescendo.

Os usuários que mais frequentam a UBS são os hipertensos e diabéticos. No PSF, oferecemos atendimento ao programa de HiperDia uma vez por semana. Os usuários são agendados para atendimento médico e da enfermagem. Não é realizado agendamento para odontologia. Temos cadastrados no programa 693 usuários, que representa uma cobertura de 87%. Destes, 521 usuários foram atendidos e receberam avaliação cardiovascular. Durante as consultas é realizada a classificação do risco cardiovascular, sendo realizada durante todo o período de acompanhamento dos usuários.

As ações desenvolvidas na unidade de saúde incluem imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, problemas de saúde bucal, obesidade e sedentarismo. A equipe de saúde realiza ações educativas e atividades em grupo com hipertensos, nos ambientes da unidade de saúde e em espaços comunitários. Os grupos ocorrem uma vez por mês e todos os membros da equipe participam. As orientações sobre a prática de atividade física regular e alimentação saudável são fornecidas a 100% dos usuários. A avaliação de saúde bucal apresenta uma cobertura de apenas 19%.

Temos um total de 126 usuários com diabetes mellitus (DM) para um indicador de cobertura de 56%. Dos usuários cadastrados no programa, 100% receberam avaliação cardiovascular. Os usuários com DM fazem o exame minucioso de pele e pé. Indicamos exames laboratoriais e orientamos sobre hábitos alimentares saudáveis, controle de peso corporal (IMC), prática de atividade física e os malefícios de álcool e tabagismo. Após a consulta, o usuário sai com a próxima consulta agendada. Usamos o protocolo de Atendimento de HAS e DM, de 2013. O atendimento é registrado em prontuários clínicos, não temos arquivo específico para os usuários com HAS e DM. Temos um grupo de HAS e DM com 37 usuários e fazemos caminhadas duas vezes à semana, 30 minutos, e palestras uma vez a mês. Temos em agenda planejadas as consultas de HAS e DM, e não realizamos gestão e avaliação do programa.

Mas, apesar dessas ações, no nosso PSF, a prevalência de diabetes é de 3,5% e de hipertensão arterial é 22,3%. Existem na área de abrangência usuários com complicações devido a essas doenças, como invalidez parcial ou total, com graves repercussões para o usuário, a sua família e a sociedade.

2 JUSTIFICATIVA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) as doenças crônicas não transmissíveis, representam uma das principais causas de mortalidade no mundo (WHO, 2013).

No Brasil, a prevalência de hipertensão arterial é alta, variando de 22% a 44% e a diabetes afeta cerca de 10% da população no Brasil (BRASIL, 2013). A hipertensão e diabetes são fatores de risco para doenças cardiovasculares, que por sua vez constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira e no mundo (BRASIL, 2013).

A hipertensão tem sido relacionada com o acidente cerebrovascular e o diabetes pode levar a cegueira, amputações e insuficiência renal (WHO, 2013; 2004b). Por sua vez, ambas as condições estão associadas a sobrepeso, sedentarismo e tabagismo, assim com a idade e antecedentes familiares (RODRIGUES & BRITO, 2011).

A escolha do problema “pacientes diabéticos e hipertensos da área de abrangência com complicações” para a realização do intervenção justifica-se como importante no contexto da PSF porque permitirá a melhora do cadastramento de usuários com HAS e DM e a qualidade de atenção dos usuários, assim como a participação deles em atividades de grupo, promovendo dessa forma a diminuição das complicações destas doenças.

Considerando que estas doenças podem levar à invalidez parcial ou total, a intervenção permitirá além da identificação precoce de casos, evitar futuras complicações, melhorar a qualidade de saúde oferecida à população e reduzir gastos com hospitalizações, exames e medicações. (BRASIL, 2001)

No entanto é preciso avaliar as ações realizadas pela equipe junto aos usuários, já que as complicações continuam a acontecer.

3 OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

Objetivo geral:

Melhoria da atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus no PSF Capivara do município Tombos. MG.

Objetivos específicos:

1. Ampliar a cobertura de atendimento a hipertensão e diabetes.
2. Propor ações que melhorem a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.
3. Definir atividades que aumentem a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa de controle.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho apresenta um Plano de intervenção a ser desenvolvido no PSF Capivara para a melhoria da atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, município Tombos, MG.

Para a sua elaboração trabalhou-se em dois momentos: o primeiro com o diagnóstico da situação de saúde, definição de problemas prioritários e elaboração de Plano de Intervenção (CAMPOS, 2010).

No segundo foi realizada revisão e atualização científica do manejo, na atenção primária em saúde, da hipertensão e diabetes. (CORREA, 2013).

Foram consultadas as redes virtuais da BVS e SCIELO, além do manual de iniciação científica. Os critérios para seleção de artigos foram; estarem escritos em português ou espanhol, terem sido publicados nos últimos 5 anos e estarem relacionados aos objetivos do trabalho.

Por último o Plano de ação foi atualizado e o trabalho concluído

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa sério problema de saúde pública, com uma prevalência que atinge mais de 30% da população adulta no Brasil. Valores de pressão arterial sustentadamente elevados, principalmente quando acompanhados de diabetes e dislipidemia, estão relacionados à maior incidência de eventos mórbidos, como cardiopatia isquêmica (CI), acidente vascular cerebral (ACV) e doenças vasculares renais e periférica, responsáveis por 65% dos óbitos na população adulta de 30 a 69 anos. (BRANDÃO, 2012)

Cerca de 40% dos pacientes hipertensos não conseguem manter níveis de pressão arterial controlados. No Brasil, essa parcela é ainda maior, atingindo valores de 70% a 89% em diferentes estudos. A maior razão para o controle inadequado é a falta de adesão ao tratamento, uma vez que um percentual considerável de remédios prescritos por médicos e recomendações de mudança nos hábitos de vida não são acatados por muitos pacientes. Apenas 22% dos doentes seguem todas as orientações médicas. (GIROTTO, 2013)

Intervenções não farmacológicas têm sido apontadas na literatura pelo baixo custo, risco mínimo e pela eficácia na diminuição da pressão arterial. Entre elas estão: a redução do peso corporal, a restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física. Deste modo, a intervenção não farmacológica presta-se ao controle dos fatores de risco e às modificações no estilo de vida, a fim de prevenir ou deter a evolução da hipertensão arterial. O conhecimento do perfil sócio demográfico dos pacientes hipertensos, do uso que fazem dos serviços de saúde e das estratégias terapêuticas que conhecem e utilizam, é importante para direcionar intervenções mais eficazes de controle da doença. (GUEDES, 2011).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. (WHO, 2013)

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA delas 54% por acidente vascular cerebral (AVC) e 47% por doença isquêmica do coração, sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento

econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. (WHO, 2013)

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (BRASIL, 2013) esta doença tem nos últimos 20 anos uma prevalência de 20%. As suas principais complicações são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionado custos médicos e socioeconômicos elevados. No ano 2007 foram internados no SUS 1.157.509 pacientes por doenças cardiovasculares, e ocasionou à inclusão de 94.282 indivíduos no Programa de Diálises, já o ano 2009 houve uma diminuição com 91.970 internações com um custo de 165.461.644,33 reais. (WHO, 2013)

A HAS constitui o principal fator de risco para as doenças de aparelho circulatório e a doença de maior prevalência em 23, 2% dos indivíduos de 18 anos e mais. A prevalência para esta doença alcança o 26,5%, taxa em relação direta com a relatada para nosso município e para o Brasil. (SEBB,2013)

O controle da hipertensão arterial e seus fatores de risco implicam em transformações expressivas na vida dos indivíduos, sejam elas na esfera psicológica, familiar, social ou econômica pela possibilidade de agravo em longo prazo, o que resulta, geralmente, em mudanças nos hábitos de vida dos portadores desta doença, exigindo esforços não apenas das mesmas, mas também de seus familiares, das pessoas próximas. (RODRIGUES, 2011)

As mudanças no estilo de vida são recomendadas na prevenção primária da HAS, hábitos de vida saudáveis devem ser adotados desde a infância e a adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos, a prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar doenças. (WHO, 2013)

Há uma relação direta entre o estilo de vida do indivíduo com os fatores de risco para a HAS. A adoção de um estilo de vida saudável constitui a melhor forma de prevenir a ocorrência de hipertensão arterial. Os profissionais da atenção básica de saúde tem papel importante nas estratégias de controle da hipertensão arterial, realizando ações promoção e prevenção de saúde nestes indivíduos, para modificar a qualidades de vida dos hipertensos e desta forma mudar seus estilos de vida. (VIGITEL 2013)

O estilo de vida de vida refere-se àqueles padrões adotados pelos indivíduos que fazem parte de suas atividades diárias e influenciam positiva ou negativamente a saúde dos mesmos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua estilo de vida como resultante de padrões comportamentais, relacionados com as características pessoais, as condições econômicas e sócias e ambientais, que interagem intimamente. E compreendido como um modo de viver que conduz a

maneira de ser do sujeito, aos hábitos e suas expressões. A forma de vida da pessoa varia de acordo com o grupo social e cultural em que a mesma se encontra inserida. Num determinado sentido, os chamados fatores de riscos como tabagismo, estilismo, alimentação inadequada, sedentarismo e estresse são formas adaptativas do sujeito diante das tensões do cotidiano. (IRAOLA M.; ORDUÑEZ, P., 2013)

Entende-se assim que estilo de vida envolve a subjetividade do sujeito em seu contexto social, de modo que a objetivação da saúde e ou da doença tem uma dimensão psicossomática que não pode ser ignorada nas intervenções de saúde, desse modo, as doenças, além dos aspectos sociais e fisiopatológicos, possuem associação com a emoção, a qual as condições corporais afetam a mente e vice-versa, num processo complexo e relacionado com o meio. (ANTONIO, 2013)

Entre os hábitos de vida saudável sublinha-se a importância de redução da ingestão de sal na alimentação, preferência por uma dieta rica em frutas, vegetais e baixo em teor de gorduras saturadas, prática regular de exercício físico, consumo moderado de álcool, cessação do hábito de fumar, redução de peso em indivíduos obesos, evitar o estresse. (ANTONIO, 2013)

Mudanças de estilo de vida, além de reduzir as cifras pressóricas, contribuem para corrigir ou minimizar outros fatores de risco presentes, melhorando a saúde cardiovascular como um todo. Mudar o estilo de vida é uma tarefa difícil, e quase sempre é acompanhada de muita resistência, por isso, a maioria das pessoas não consegue fazer modificações e, especialmente mantê-las por muito tempo. No entanto, a educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas a essas mudanças, para fins de prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HAS, através de hábitos e atitudes saudáveis. (VICENTE, 2013)

A educação em saúde é, então, imprescindível, pois não é possível o controle adequado da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamenta o tratamento. A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle da doença e na prevenção de suas complicações. No novo cenário da Estratégia de Saúde da Família, que reorganiza a prática assistencial em novas bases e critérios, a abordagem, não só do paciente, mas toda a família e a comunidade estão vinculadas a um médico e a uma equipe de saúde específica. (CHAVES, 2013)

A educação em saúde é indicada como uma das estratégias com eficiência capaz de estimular a participação do paciente no tratamento. Para que se obtenha sucesso em processo educativo e indispensável o conhecimento pelo paciente a respeito da doença da qual é portador. Contudo, a implementação de medidas

educativas é necessária e precisa de continuidade. É evidente que educar e conscientizar o paciente sobre os benefícios é fundamental para o sucesso da adesão dele às estratégias desenhadas para a recuperação de sua saúde. (ARELLANO A.; 2012)

Um dos objetivos da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) é modificar o quadro atual de prevalência das doenças crônicas, por meio das mudanças no estilo de vida, que pode influenciar vários fatores de risco. Hábitos alimentares, atividade física, o consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo são os principais fatores de risco, potencialmente controláveis, da hipertensão arterial. (IRAOLA M.; ORDUÑEZ, P. 2013)

Diante dessa problemática de saúde que representa um desafio para os profissionais da saúde, propõe-se uma nova intervenção que modifique o acompanhamento de hipertensos, baseada em estratégias de ações educativas para garantir estilos de vidas saudáveis. Com isso, espera-se prevenir complicações da hipertensão, esclarecer sobre os fatores de risco cardiovasculares, alcançar maior adesão dos pacientes ao tratamento, estimulando o autocontrole. Assim como, envolver familiares e a comunidade no diagnóstico precoce e no apoio ao hipertenso no controle da doença.

Em nosso PSF, a prevalência de hipertensão arterial é 22,3%. Há na área de abrangência usuários com complicações devido a essas doenças, como invalidez parcial ou total, com graves repercussões para o usuário, a sua família e a sociedade.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado à melhora da atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus no PSF Capivara do município Tombos. MG.

Nó crítico 1	Ampliar a cobertura de atendimento a hipertensão e diabetes
Operação	Estabelecer praticas clinicas efetivas para o diagnóstico precoce e acompanhamento eficaz das doenças cardiovasculares e diabéticas.
Projeto	Minha Saúde e ao dia
Resultados esperados	Cadastrar a totalidade dos pacientes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.
Produtos esperados	Melhorar adesão ao programa de controle eficaz da doença e suas complicações.
Atores sociais/ responsabilidades	Medico, enfermeiras, técnicas de enfermagens, agentes de saúde, líderes comunitários, nutricionista, professores de educação física.
Recursos necessários	Estrutural: PSF, NASF, CAPS, TFD, áreas esportivas. Cognitivo: Medico, enfermeiras, técnicas de enfermagens, agentes de saúde, professores de educação física, nutricionistas, psicólogos. Financeiro: Secretaria de Saúde municipal Político: Prefeitura e Secretaria de Saúde.
Recursos críticos	Financeiro
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de saúde, Prefeitura. Motivação: Melhoras na qualidade de vida da população
Ação estratégica de motivação	Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM
Responsáveis:	Pelo projeto: Equipe de saúde, Secretaria de saúde. Pelas operações: medico, enfermeiras, técnicas de enfermagens, agentes de saúde, nutricionista, líderes comunitários, professores de educação física
Cronograma / Prazo	Um ano
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento semanal pela equipe de saúde, mensal pelos gestores e medico e enfermeira. Avaliação semanal dos avances na pesquisa ativa e número de adesões eficazes ao programa e dos atendimentos por demanda espontânea das doenças selecionadas.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado à melhora da atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus no PSF Capivara do município Tombos. MG.

Nó crítico 2	Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos
Operação	Estabelecer praticas clinicas protocolizadas para o acompanhamento eficaz das doenças cardiovasculares e diabéticas.
Projeto	Minha suade ao dia
Resultados esperados	Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos. Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde
Produtos esperados	Melhorar adesão ao programa de controle eficaz da doença e suas complicações.
Atores sociais/ responsabilidades	Medico, enfermeiras, técnicas de enfermagens, agentes de saúde, nutricionista.
Recursos necessários	Estrutural: PSF, NASF, CAPS, TFD, áreas esportivas. Cognitivo: Medico, enfermeiras, técnicas de enfermagens, agentes de saúde, nutricionistas, psicólogos. Financeiro: Secretaria de Saúde municipal Político: Prefeitura e Secretaria de Saúde.
Recursos críticos	Financeiro
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de saúde, Prefeitura. Motivação: Melhoras na qualidade de vida da população
Ação estratégica de motivação	Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM
Responsáveis:	Pelo projeto: Equipe de saúde, Secretaria de saúde. Pelas operações: medico, enfermeiras, técnicas de enfermagens, agentes de saúde, nutricionista.
Cronograma / Prazo	Um ano
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento semanal pela equipe de saúde, mensal pelos gestores e medico e enfermeira. Avaliação semanal dos avances na pesquisa ativa e número de adesões eficazes ao programa e dos atendimentos por demanda espontânea das doenças selecionadas.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado à melhora da atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus no PSF Capivara do município Tombos. MG.

Nó crítico 3	Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa de controle
Operação	Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada
Projeto	Minha saúde ao dia
Resultados esperados	Atendimento agendado de qualidade a totalidade dos pacientes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.
Produtos esperados	Adesão total ao programa de controle eficaz da hipertensão arterial e diabetes mellitus e suas complicações.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, enfermeiras, técnicas de enfermagem, agentes de saúde, líderes comunitários, nutricionista, professores de educação física.
Recursos necessários	Estrutural: PSF, NASF, CAPS, TFD, áreas esportivas. Cognitivo: Médico, enfermeiras, técnicas de enfermagem, agentes de saúde, professores de educação física, nutricionistas, psicólogos. Financeiro: Secretaria de Saúde municipal Político: Prefeitura e Secretaria de Saúde.
Recursos críticos	Financeiro
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de saúde, Prefeitura. Motivação: Melhoras na qualidade de vida da população
Ação estratégica de motivação	Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM
Responsáveis:	Pelo projeto: Equipe de saúde, Secretaria de saúde. Pelas operações: médico, enfermeiras, técnicas de enfermagem, agentes de saúde, nutricionista, líderes comunitários, professores de educação física
Cronograma / Prazo	Um ano
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento semanal pela equipe de saúde, mensal pelos gestores e médico e enfermeira. Avaliação semanal dos avanços na pesquisa ativa e número de adesões eficazes ao programa e dos atendimentos por demanda espontânea das doenças selecionadas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na área de abrangência existem 695 usuários hipertensos e 126 usuários diabéticos com 20 anos ou mais. Foram cadastrados 553 usuários com hipertensão e 111 usuários com diabetes.

As ações que mais auxiliaram foram melhoramento do acolhimento para os usuários portadores de HAS, informação da comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e capacitação os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde e definir atribuições a cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde foi de muita utilidade para as metas traçadas.

A Secretaria de Saúde deve participar nas reuniões da equipe de saúde onde analisamos os resultados obtidos para precisar de agilidade para a realização dos exames complementares, além da ação de orientação da comunidade sobre a importância de realização de exames complementar essa periodicidade que deve ser realizado.

E fundamental o controle de estoque mensal de medicamentos e manter e atualizar o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados no PSF para também garantir a adesão o tratamento farmacológico eficaz.

REFERENCIAS

ALMEIDA F., BANEGAS J., DONADO J., RODRÍGUEZ F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe SEA. Madrid: ERGON. [Serie en Línea] 15 (1). [online] Disponível em: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798.sci>. Acesso em: 14/09/2015

ÁLVAREZ Y. Trabajo de Intervención Educativa: Modificación de conocimientos sobre Hipertensión Arterial. La Habana. Cuba. 2011. [online] Disponível em: www.portalesmédicos.com/.../Modificacion_de_conocimientos_sobre_hipertension_arterial. Acesso em: 14/09/2015

ARELLANO A., CONTRERAS F., PATIÑO P. Trabalho de Intervenção Educativa em relações a Pressão Arterial elevada e os fatores de risco modificável. 2012. [online] Disponível em: http://www.revistahipertension.com/intervencion_educativa. Acesso em: 14/09/2015

BRANDÃO A.P. et al. I diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2015; 84 Suppl 1:1-29

BRASIL, Ministério da saúde. Hipertensão arterial sistêmica. 1 Ed. Brasília, 2011.

----- Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da saúde. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: junho 2016

----- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 14/09/2015

-----Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

CAMPBELL N.; ANGELL S.; RABARI C.; ETIENNE C. Dia Mundial da Saúde 2013 destaca o controle da Hipertensas São Paulo/Brasil. [online] Disponível em: <http://www.paho.org/birema/index.php>. Acesso em: 31/11/2015

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3. Acesso em: 14/09/2015

CHAVES E.S.; LÚCIO I.M.L.; ARAÚJO T.L.; DAMASCENO M.M.C. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de Hipertensão Arterial. Revista Brasileira de Enfermagem. (REBEN). 2013; 59(4).
CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. In icação à metodologia: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>. Acesso em: 14/09/2015

DE MOURA C., MAMOREN E. Adesão às medidas de controle de Hipertensão

dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. Acta Paul Enferm, São Paulo, V.23, n. 6, p.782-787.2010.

5

FIGUEIREDO N.N.; ASAKURA L.; Adesão ao tratamento anti-hipertensivo:

GIROTTI, E. et. al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. Ciência & saúde coletiva, Londrina, V.18, n.6, p.

IRAOLA M.; ORDUÑEZ, P. Taller para acelerar la implementación del manejo del riesgo cardiovascular en los servicios de salud. Buenos Aires, Argentina. Organización Panamericana de la Salud. Departamento de enfermedades no transmisibles y Salud Mental. 2013. [online Disponível em: http://www.paho.org/hipertension/page_id=37. Acesso em: 31/11/2015

LIMA L., PEREIRA R. Orientações quanto à prevenção de Hipertensão Sistêmica e seus agravos: alguns apontamentos. 2013. [online] Disponível em: <http://www.uff.br/promoçãodasaude/orient.prev.has.pdf>. Acesso em: 14/09/2015

MILLÁN D. M., et. al. Intervención Educativa sobre complicaciones asociadas a La Hipertensión Arterial. 2013. [online]. Disponível em: <http://www.buenastareas.com/materias/Intervenci%C3%B3n-educativa-sobre--hipertensi%C3%B3n-arterial/0>. Acesso em: 14/09/2015

PAZ, A. A. M. et al. Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL). Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf. Acesso em: 14/09/2015

SAINZ M., FERERES J. Estudio sobre Intervención Educativa en el paciente hipertenso com tratamiento farmacológico. 2008. [online] Disponível em: <http://www.fundadeps.org/download.asp?File=recurso/documentos/134/intervencion>

SEBBA W., LIMA A. L. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sintomas de Pressão Alta_Tua Saúde. 2013. [online] Disponível em: http://www.tuasaude.com/sintomas_de_pressão_alta_SIAB. Acesso em: 30/10/2015

SIAB. Secretaria Municipal de Saúde município Tombos, MG. 2013. [online] Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=316920&search=mineiras|tombos|infograficos:-historico> Acesso em: 13/03/2015

VICENTE A.; BARTOLOW B.; SERRA C.; DEMETRIO D.; MIELE D.; DANNI F. Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (Brasília. DF. 2013) Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica,

VIGITEL 2013. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. [online] Disponível em: <http://www.biavati.files.wordpress.com/2014/05/vigitel.2013.pdf>. Acesso em: 31/11/2015