

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

YASNELYS SATORRES HERNANDEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO NÚMERO DE
HIPERTENSOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF NEVES NO MUNICÍPIO
DE ARAÇUAI**

GOVERNADOR VALADARES-MINAS GERAIS

2016

YASNELYS SATORRES HERNANDEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO NÚMERO DE
HIPERTENSOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF NEVES NO MUNICÍPIO
DE ARAÇUAI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Especialização Estratégia da Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof.º André Luiz dos Santos

Cabral

GOVERNADOR VALADARES- MINAS GERAIS

2016

YASNELYS SATORRES HERNANDEZ

**REDUÇÃO DO NÚMERO DE HIPERTENSOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO
PSF AS NEVES NO MUNICÍPIO DE ARAÇUAÍ**

Banca examinadora

Examinador 1. Samara Macedo Cordeiro
Universidade do Estado de São Paulo (USP)

Examinador 2 .

Aprovado

RESUMO

A hipertensão arterial é um problema de saúde pública que afeta grande parcela da população brasileira e deve ser tratada em toda rede integrada de Sistema Único de Saúde. No PSF As Neves a questão da hipertensão arterial afeta parcela significativa da população contribuindo para a piora da saúde dessa comunidade. A importância de um estudo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no âmbito da atenção básica em saúde é muito grande quando tomamos conhecimento do tamanho deste problema de saúde. Assim elaborou-se esse projeto de intervenção com o intuito de executar ações para a prevenção da hipertensão arterial, melhorar o controle e tratamento desses pacientes. Como direcionamento das ações estão o trabalho multisetorial, centrado nas peculiaridades de cada indivíduo, voltado para a prevenção e promoção de saúde, abrangendo não apenas o indivíduo mais todo seu núcleo familiar. Acredita-se que a execução das ações do projeto de intervenção contribuirá para a melhora da saúde da população do povoado das Neves de Araçuaí /MG. A experiência de elaborar um projeto de intervenção com o olhar direcionado para a prevenção foi uma oportunidade de reconhecermos que as ações no âmbito da atenção básica em saúde precisam, necessariamente, abarcar a prevenção e a promoção de saúde. Para isso é necessário que toda a equipe direcione o foco de suas ações para as intervenções preventivas e, não mais procure olhar apenas para os sinais e sintomas das doenças. Implantar o projeto elaborado será, sem dúvidas, a prática necessária para toda a equipe atuar em conjunto com a população no enfrentamento à hipertensão arterial.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Adesão ao Tratamento. Atenção Primária a Saúde

ABSTRACT

Hypertension is a public health problem that affects a large part of the Brazilian population and must be treated in an integrated network of the Unified Health System. In the PSF As Neves, the issue of arterial hypertension affects a significant portion of the population contributing to worsening health Community. The importance of a study on Systemic Arterial Hypertension (HBP) in basic health care is very important when we become aware of the size of this health problem. Thus, this intervention project was developed with the purpose of performing actions to prevent hypertension, improving the control and treatment of these patients. As a guide for actions are the multisectoral work, centered on the peculiarities of each individual, focused on prevention and health promotion, encompassing not only the individual plus all his family nucleus. It is believed that the execution of the actions of the intervention project will contribute to the improvement of the health of the population of Neves de Araçuaí / MG. The experience of designing an intervention project with a preventive approach was an opportunity to recognize that actions in the field of basic health care must necessarily include prevention and health promotion. This requires that the whole team direct the focus of their actions to the preventive interventions and no longer look only at the signs and symptoms of the diseases. Implementing the project will undoubtedly be the practice necessary for the whole team to work together with the population in the face of hypertension.

KEYWORDS: Hypertension. Diabetes. Family health. Chronic diseases.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 JUSTIFICATIVA.....	27
3 OBJETIVO	28
4 METODOLOGIA.....	29
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	30
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	

LISTA DE SIGLAS

HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PIB	Produto Interno Bruto
NASF	Núcleo de Apoio à saúde da família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de saúde
PPI	Pactuação Programada Integrada
Scielo	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
UBAM	Unidade Básica de Atendimento à Mulher
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	DECISÃO TERAPÊUTICA SEGUNDO RISCO E PRESSÃO ARTERIAL
QUADRO 2	CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES PARA OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS NO DIAGNÓSTICO DO PSF AS NEVES
QUADRO 3	DESCRIÇÃO DO DESENHO DAS OPERAÇÕES – PSF AS NEVES
QUADRO 4	DESCRIÇÃO DO PLANO OPERATIVO – PSF AS NEVES

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é uma doença sistêmica, de causas multifatoriais e que vem acometendo cada vez mais pessoas em todo o mundo. Os hábitos alimentares, a pouca informação, o caráter silencioso de sua evolução, o sedentarismo e a falta de conhecimento da gravidade do problema são fatores que podem ser listados dentre os causadores desta doença (SBC, 2016).

Considerada como a mais frequente das doenças cardiovasculares e um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem uma baixa taxa de controle, apesar dos esforços em disseminar informação através de diversos protocolos e recomendações existentes e da garantia de maior acesso a medicamentos por toda a população. Os hábitos e estilos de vida inadequados vêm aumentando muito na sociedade atualmente, levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado (BRASIL, 2015).

A importância de um estudo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no âmbito da atenção básica em saúde é muito grande quando tomamos conhecimento do tamanho deste problema de saúde. Trata-se de uma doença que predispõe à várias outras, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Tem um curso de evolução muitas vezes assintomático, o que causa um diagnóstico tardio e gera uma dificuldade de adesão ao tratamento proposto (SILVA, 2014).

A Atenção Básica, através de cada equipe dos Programas de Saúde da Família (PSF), configura-se como espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde, onde se estabelecem os vínculos mais próximos com a comunidade. Ao ser proposto um plano de intervenção visando à redução do número de hipertensos na área de abrangência do PSF As Neves, no município de Araçuaí, é necessário pensar em estratégias variadas, tanto individuais quanto coletivas, com o objetivo de vencer o desafio de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos, reduzindo o número de casos de HAS e minimizando seu impacto social e econômico (BRASIL, 2006).

Como médica responsável pela ESF do PSF As Neves, no município de Araçuaí, convivo, no cotidiano do trabalho, com uma enorme demanda de

cuidados dos pacientes com HAS. Os hábitos alimentares das pessoas, a falta de rotina de exercícios e atividades físicas, a utilização inadequada ou descontinuidade do uso dos medicamentos prescritos são fatores que são um entrave o controle da doença.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como sua responsabilidade no âmbito da atenção básica, instituir ações que objetivem o controle da HAS através de estratégias medicamentosas e preventivas, atuando nos diversos fatores que causam a doença (BRASIL, 2002).

1.1 Identificação do Município

A cidade de Araçuaí tem como gestores, empossados em 1 de janeiro de 2013: o Prefeito, também Médico, Armando Jardim Paixão, a Secretária Municipal de Saúde: Maria De Jesus Loredó Rocha e a Coordenadora da Atenção Básica: Cassia Evelise Lopes Elias (Odontóloga), que também ocupa o cargo de Coordenadora da Atenção à Saúde Bucal.

O Município de Araçuaí está localizado no Nordeste do Estado de Minas Gerais, na microrregião do Médio Jequitinhonha, bem no centro do Vale do Jequitinhonha, a uma distância de 678 km da capital Belo Horizonte. Limita-se com os municípios de Coronel Murta e Itinga ao Norte; com Caraí e Novo Cruzeiro ao Sul; com Virgem da Lapa, Francisco Badaró e Jenipapo de Minas a Oeste e com Padre Paraíso e Ponto dos Volantes a Leste. A Área do município corresponde a 2.236 km², abrigando uma população de 37.169 habitantes (IBGE 2013), resultando em uma densidade demográfica de 16,10 hab./km². A cidade de Araçuaí oferece uma série de serviços e, por isso, polariza vários municípios do Médio Jequitinhonha (IBGE 2013).

A população do município é de aproximadamente 37.169 habitantes (IBGE 2013) sendo estes distribuídos em 67 comunidades rurais, 3 distritos (Engenheiro Schnoor, Alfredo Graça e Itira) e a zona urbana, uma densidade demográfica (hab./Km²) 16,10, com 9929 domicílios, sendo 6566 urbanos e 3363 domicílios rurais. A população de Araçuaí é formada por diversas etnias, em sua maioria negra, parda e de origem indígena (IBGE 2013).

A Altitude Máxima do município é de 1028 m, na Chapada de Cavahada, e a Mínima de 299 m no Rio Jequitinhonha. O Relevo é plano em

10% do território, ondulado em 30% e montanhoso em 60%. O clima de Araçuaí é do tipo semi-árido, o que lhe confere durante todo o ano, um clima quente e seco, possuindo um curto período de frio. O índice pluviométrico é baixo, com grande variabilidade, tendo um período de chuvas incerto que se concentra de outubro a março e uma longa estação de deficiência hídrica que atinge forte aridez no período de agosto até o início das chuvas (IBGE 2013).

A alta taxa de evapotranspiração potencial durante todo o ano e a pouca frequência de chuvas durante seis a nove meses, fazem com que os totais anuais de chuva sejam quase sempre inferiores à necessidade ambiental de água, havendo, portanto, um déficit hídrico (IBGE 2013).

A Temperatura Média anual é de 25,80°C, sendo a Média Máxima anual de 31,40°C e a Média Mínima anual de 19,20°C. O Índice médio pluviométrico anual é de 817 mm. Os rios que drenam o município pertencem à Bacia do Jequitinhonha, e são de grande importância, tanto do ponto de vista econômico quanto social. Os principais são, além do próprio Jequitinhonha, os rios Araçuaí, Gravatá, Setúbal, Piauí e Calhauzinho.

A história de Araçuaí teve início por volta de 1830, quando a Mulata Luciana Teixeira, proprietária da Fazenda Boa Vista da Barra do Calhau, deu abrigo aos emigrantes da Barra do Pontal (meretrizes expulsas pelo Padre Carlos Pereira de Moura, da Aldeia localizada a alguns quilômetros abaixo, na confluência dos rios Araçuaí e Jequitinhonha, e, atraídos por elas, os canoeiros), em suas terras às margens do Ribeirão Calhau e Rio Araçuaí. Tornou-se este, a partir daí o ponto de arribada das canoas que subiam o Jequitinhonha.

O Arraial que então se fundou chamou-se "Calhau", devido à grande quantidade existente no local de pedras lisas e arredondadas esculpidas pela correnteza das águas. O Arraial de Calhau foi elevado à categoria de sede de Distrito pela Lei Provincial de 13 de julho de 1857. A instalação sob a denominação de Vila de Arassuay deu-se em 1º de julho de 1871, para finalmente a 21 de setembro de 1871 ser elevada a categoria de cidade, por força da lei nº 1870, com o nome de Araçuaí. Esse nome é de origem indígena, e quer dizer Rio das Araras Grandes.

Araçuaí ocupava localização privilegiada, pois de seu porto iniciava a navegação das canoas rumo ao litoral. Até 1911, Araçuaí era a capital de todo

o Nordeste de Minas: ocupava o quinto lugar em tamanho, com 23.298 km² e o quarto lugar numa estatística do número de comerciantes nos municípios mineiros. A partir daí vários povoados foram declarados independentes e a sua área foi se reduzindo até chegar a atual.

A chegada da Estrada de Ferro Bahia-Minas na cidade em 1942, se constituiu num dos feitos mais importantes na história do município. A estação de Araçuaí foi a última ser construída nessa estrada que ligava o sertão de Minas ao mar, em Caravelas, Extremo Sul da Bahia. As estradas de rodagem não existiam, carros eram raros, e assim mesmo, só caminhões. O trem era para viagens de negócio e lazer, para transporte de produtos e era correio também. A desativação da Bahia-Minas ocorreu na década de 60 e causou um grande impacto para o município e toda a região por onde ela passava. Até hoje ela é lembrada com grande saudade por todos que viveram aquela época.

Com a abertura da estrada de rodagem o movimento de ônibus e caminhões substituiu a navegação do rio. Dos canoieiros, resta a lembrança pela estátua característica na praça da Matriz e muitos cantos de Beira-mar, contradanças e batuques. O Vale do Jequitinhonha é uma região de contrastes, conhecida tanto pela condição de exclusão social vivida pela maioria do seu povo, quanto pela riqueza de seus recursos minerais e da sua cultura popular (IBGE 2013).

1.2 - Diagnostico Situacional

Aspectos Demográficos

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos. A queda acelerada das taxas de fecundidade e da mortalidade registradas no país provoca mudanças rápidas no ritmo de crescimento da população (IBGE 2013).

De acordo com Censo Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 a população estimativa de Araçuaí é de 37.169. Entre 2000 e 2010, a população de Araçuaí teve uma taxa média de

crescimento anual de 0,08%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 0,60%. No Estado, estas taxas foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,01% entre 1991 e 2000. No país, foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 32,68%.

População total, por gênero, rural e Taxa de Urbanização- Araçuaí- MG

População	Populaç ão (1991)	% total (1991)	Populaç ão (2000)	% total (2000)	Populaç ão (2010)	% total (2010)
População total	33,826	100,00	35.713	100	36.013	100,00
População residente masculina	16,730	49,46	17,725	49,63	49,63	17,848
População residente feminina	17,096	50,54	17.988	50,37	18.165	50,44
População urbana	16.590	49,05	20.461	57,29	23.435	65,07
População rural	17.236	50,95	15.252	42,71	12.578	34,93
Taxa de Urbanização	-	49,05	-	57,29	-	65,07

Fonte: Pnud, Ipea e FJP, 2010.

Estrutura Etária

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência de Araçuaí passou de 67,33% para 53,80% e a taxa de envelhecimento evoluiu de 7,50% para 9,52%. Entre 1991 e 2000, a razão de dependência foi de 81,70% para 67,33%, enquanto a taxa de envelhecimento evoluiu de 5,73% para 7,50%.

Estrutura etária	Popula ção (1991)	% do Total (1991)	Populaçã o (2000)	%Tota l (2000)	Populaç ão (2010)	% do Total (2010)
Menores de 15 anos	13.271	39.23	11.690	32.73	9.167	25.45

15 a 64 anos	18.616	55.03	21.343	59.76	23.416	65.02
População de 65 anos ou mais	1.939	5.73	2.680	7.50	3.430	9.52
Razão de dependência	81.70	0.24	67.33	0,19	53,80	0.15
Taxa de envelhecimento	-	5.73	-	7.50	-	9.52

Fonte: Pnud, Ipea e FJP, 2010.

Longevidade, Mortalidade e fecundidade- Araçuaí-MG

	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer em anos	64,1	68,4	74,3
Mortalidade até 1 ano de idade (por mil nascidos vivos)	41,2	33,7	16,5
Mortalidade até 5 anos de idade (por mil nascidos vivos)	53,9	36,9	19,2
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	3,9	3,2	1,9

Fonte: Pnud, Ipea e FJP, 2010.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em Araçuaí, a esperança de vida ao nascer aumentou 10,1 anos nas últimas duas décadas, passando de 64,1 anos em 1991 para 68,4 anos em 2000, e para 74,3 anos em 2010. Em 2010, a esperança de vida ao nascer média para o estado é de 75,3 anos e, para o país, de 73,9 anos.

Educação

A proporção de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do município e compõe o IDHM Educação.

No período de 2000 a 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 88,40% e no de período 1991 e 2000, 197,50%. A proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental cresceu 45,84% entre 2000 e 2010 e 265,87% entre 1991 e 2000.

A proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 35,02% no período de 2000 a 2010 e 408,01% no período de

1991 a 2000. E a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 162,88% entre 2000 e 2010 e 134,31% entre 1991 e 2000.

Em 2010, 59,65% dos alunos entre 6 e 14 anos de Araçuaí estavam cursando o ensino fundamental regular na série correta para a idade.

Em 2000 eram 51,58% e, em 1991, 18,42%. Entre os jovens de 15 a 17 anos, 24,07% estavam cursando o ensino médio regular sem atraso. Em 2000 eram 18,17% e, em 1991, 4,03%. Entre os alunos de 18 a 24 anos, 7,89% estavam cursando o ensino superior em 2010, 1,86% em 2000 e 0,57% em 1991.

Nota-se que, em 2010, 2,47% das crianças de 6 a 14 anos não frequentam a escola, percentual que, entre os jovens de 15 a 17 anos atingia 19,25%.

População adulta

A escolaridade da população adulta é importante indicador de acesso a conhecimento e também compõe o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Educação. Em 2010, 38,30% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 22,84% o ensino médio. Em Minas Gerais, 51,43% e 35,04% respectivamente. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas e de menos escolaridade. A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 18,58% nas últimas duas décadas.

A População residente alfabetizada é de 27578 pessoas, sendo que segundo dados de 2013 (IBGE), existem 6684 matrículas no Ensino fundamental e 1676 matrículas no ensino médio. Os valores do rendimento nominal médio mensal dos domicílios particulares permanentes com rendimento domiciliar, por situação do domicílio são: rural: 813.66 reais e urbano: 1841.62 reais. Já os valores do rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares permanentes são: rural 170.00 reais e urbano 342,50 reais.

As principais fontes de renda do município são: funcionalismo público (Municipal, Estadual e Federal), comércio, prestação de serviços, aposentadorias, pensões, agricultura, pecuária e rede bancária. Existem ainda,

trabalhadores temporários que saem da cidade para trabalhar em colheitas periódicas de cana e café, principalmente no Estado de São Paulo. Outra fonte de renda, que faz parte da cultura local, está no artesanato feito de madeira, barro, couro, e outros materiais, que servem de subsistência para várias famílias. O Índice Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,762 e o Produto Interno Bruto (PIB) per capita 5613.87 reais. O abastecimento de água para a maioria dos domicílios da área urbana é feito por rede geral. Na área rural predomina a alternativa poço/nascente. O esgoto não é tratado ou transportado corretamente, sendo lançado nas ruas ou cursos d'água. Praticamente metade da população não possui instalação sanitária. A quase totalidade dos domicílios que contam com esse tipo de instalação utiliza o sistema de esgotamento por fossas sépticas.

As principais atividades econômicas do município são o comércio, a agricultura, a mineração e o artesanato.

Renda

A renda per capita média de Araçuaí cresceu 142,33% nas últimas duas décadas, passando de R\$169,47 em 1991 para R\$261,03 em 2000 e R\$410,67 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 54,03% no primeiro período e 57,33% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 36,01% em 1991 para 27,48% em 2000 e para 13,63% em 2010. A desigualdade aumentou: o Índice de Gini passou de 0,56 em 1991 para 0,62 em 2000 e para 0,57 em 2010 (IBGE 2013).

Renda pobreza e desigualdade – Araçuaí mg

Renda per capita	1991	2000	2010
% de extremamente pobres	169,47	261,03	410,67
% de pobres	65,84	52,15	29,55
Índice de Gini	0,56	0,62	0,57

Fonte: Pnud, Ipea e FJP, 2010.

PORCENTAGEM DA RENDA APROPRIADA POR ESTRATOS DA POPULAÇÃO –
ARAÇUAÍ-MG

	1991	2000	2010
20% mais pobres	2,84	1,95	2,39
40% mais pobres	9,79	7,76	9,31
60% mais pobres	21,48	17,78	20,87
80 % mais ricos	40,22	35,13	39,48
20% mais ricos	59,78	64,87	60,52

Fonte: Pnud, IPEA e FJP,2010.

O Conselho Municipal de Saúde reúne-se uma vez ao mês e, existem ainda reuniões extraordinárias. É composto por 36 pessoas, sendo 50% de usuários, 25% de representantes do governo, 25% de trabalhadores da saúde. O orçamento destinado à saúde, ainda possui dados incompletos. Segundo informações colhidas na prefeitura, muitos dados se perderam com a troca de administração, e o setor financeiro está em fase de organização de documentos (PMA, 2015).

1.3 – Sistema Municipal de Saúde

Atenção primária em saúde:

O município de Araçuaí possui cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 76,54%, sendo 8 equipes de saúde da família composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 06 a 08 agentes comunitários de saúde, com carga horária de 40 horas semanais. Duas equipes de Saúde da Família possuem equipe de saúde bucal modalidade I (composta por 01 cirurgião-dentista, 01 técnica em saúde bucal) e a outra equipe é modalidade II (composta por 01 cirurgião-dentista, 01 técnica em saúde bucal e 01 auxiliar de saúde bucal). Temos também, 4 Programas de Agentes Comunitários de Saúde: PACS Barreiro (01 enfermeiras e 06 agentes comunitários de saúde); PACS Baixa Quente (01 enfermeiros e 07 agentes comunitários), PACS NEVES (01 Enfermeiro e 04 agentes comunitários e o PACS Machado (01 Enfermeiro e 05 agentes comunitários) (PMA, 2015).

Totalizando o número de profissionais inseridos na Atenção Primária em saúde por categoria contamos com: 8 médicos de Saúde da Família, 12

enfermeiros, 3 Cirurgiões dentistas de Saúde da Família, 75 Agentes Comunitários de Saúde, 03 Técnicos em saúde Bucal, 01 auxiliar de saúde bucal e 9 técnicos de enfermagem e 01 Coordenador da Atenção Primária em Saúde Faz parte ainda do quadro de trabalhadores de saúde profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, sendo, 02 fisioterapeutas, 01 fonoaudiólogo, 01 psicólogo, 01 farmacêutico, 01 nutricionista atendendo às 8 Equipes de saúde da Família de modo itinerante. Cada ESF é responsável por 3000 a 4000 pessoas. Estas equipes têm facilidade em viabilizar o acesso, a continuidade do cuidado e o vínculo com as famílias residentes em suas áreas de abrangência (PMA, 2015).

Existem 03 equipes com sede própria, ESF Entre Bairros, ESF Renascer, ESF Canoeiro, as demais unidades da estratégia de saúde da família são casas alugadas e adaptadas para prestar atendimento à população. Está prevista a construção de 06 Unidades básicas de saúde para atender a população adscrita da ESF Pipoca, ESF Nova Esperança, Engenheiro Schnoor, ESF Vila Magnólia, São Francisco e Baixa Quente e Comunidade de José Gonçalves (PMA, 2015).

As equipes de saúde da família estão aptas para identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, realizam acompanhamento nutricional da população (sisvan web) cadastro e acompanhamento das gestantes; puericultura; imunização; visita domiciliar; cadastramento das famílias, realização de exames citopatológico serviço-uterino; consultas médicas e de enfermagem; curativos; cadastro e acompanhamento de diabéticos e hipertensos; grupos operativos, classificação de risco; acompanhamento a todos os ciclos de vida. Existe mecanismo para o retorno do paciente internado para a UBS, com garantia de continuidade do cuidado.

O Consórcio Intermunicipal do Médio Jequitinhonha CISMEJE oferece serviços especializados como cardiologista, neurologista, oftalmologista, otorrinolaringologista, tecnólogo em radiologia, fonoaudiólogo, médico radiologista, urologista, nefrologista, psiquiatria, ortopedista e dermatologista e os procedimentos pactuados na Programação Pactuada Integrada (PPI) são realizados em outros municípios como Itaobim, Diamantina, Teófilo Otoni e Belo Horizonte (PMA, 2015).

Os agendamentos para consultas especializadas seguem o princípio da equidade com priorização de atendimento pela equipe de regulação, controle e avaliação. Existe ainda, ficha de referência e contra referência, utilizada pelos médicos da rede. As emergências são encaminhadas para o Hospital São Vicente de Paulo e quando necessário a própria instituição, através do SUSFácil encaminha para os hospitais de referência da macrorregião. O município dispõe de um sistema de atendimento móvel de urgência- SAMU e conta com duas ambulâncias próprias (PMA, 2015).

Apoio diagnóstico e terapêutico: A atenção primária conta com um laboratório de análises clínicas próprio do município e alguns exames são terceirizados para laboratórios particulares. Os exames são coletados no próprio Laboratório Municipal localizado na Policlínica (PMA, 2015).

Atenção Hospitalar: A Secretaria municipal de Saúde não dispõe de uma central de leitos, as internações ocorrem por acesso direto do usuário ao hospital ou através de encaminhamentos das Unidades Básicas de Saúde. O Hospital São Vicente de Paulo possui 78 leitos disponíveis para o SUS (PMA, 2015)..

Hospital de Araçuaí e leitos dos SUS

O Hospital São Vicente de Paulo de Araçuaí, fundado em 1939, consolidou-se como referência em saúde na microrregião pela estrutura física, localização geográfica e a série histórica.

Especificação Cirúrgica	Leitos existentes	Leitos do SUS
Ginecologia	03	2
Cirurgia geral	19	18
Especificação clínica	Leitos existentes	Leitos do SUS
Clínica Geral	30	20
Saúde Mental	02	02
Neonatologia	09	09
Cardiologia	03	02

Complementar	Leitos existentes	Leitos do SUS
Unidade de cuidados intermediários neonatal convencional	5	3
Unidade de isolamento	2	2
Unidade de cuidados intermediários neonatal canguru	4	2
Obstétrico	Leitos Existentes	Leitos do SUS
Obstetrícia Clínica	08	07
Obstetrícia Cirúrgica	04	03
Pediátrico	Leitos Existentes	Leitos do SUS
Pediatria Clínica	7	6
Pediatria Cirúrgica	2	2
TOTAL	98	78

Fonte: Base de dados Secretária Municipal de Saúde- 2015.

Clínica de radiologia

A equipe é composta por um técnico de radiologia e uma auxiliar de serviços gerais. São realizadas tomadas radiográficas da coluna cervical, torácica, lombar, lombo sacra, tórax PA Perfil e tórax PA, seios da face e crânio, cavum, membros, abdome, crânio, costela, bacia e articulações.

Policlínica Municipal de Araçuaí

A Policlínica Municipal de Araçuaí presta atendimento básico e especializado; atualmente temos 01 infectologista, 01 ginecologista, 01 pediatra e 05 clínicos sendo que um clínico é destinado para realização de risco cirúrgico e referência da vigilância Epidemiológica e 01 médica perita do município, 05 enfermeiros, dois lotados na UBAM, 01 na vigilância Epidemiológica, 01 CTA 01 no atendimento da policlínica, 02 bioquímicos e uma biomédica, 02 farmacêuticas, 10 recepcionistas (laboratório, farmácia e recepção da policlínica), 18 técnicos de enfermagem, dois agentes administrativos, 07 auxiliares de serviços gerais, 01 psicóloga, 01 fonoaudióloga, 01 Coordenadora da Policlínica.

SETORES DA POLICLÍNICA:

Setor de Esterilização: Responsável por esterilizar todos os materiais das Unidades de saúde do município, exceto Odontologia.

Setor de Hiperdia: Responsável por cadastrar e entregar insulina, seringas, Glicosímetro e fitas a todos os pacientes do município. Em fase de organização e separação de prontuários para serem entregues as ESF.

Setor de Psicologia: Realização de terapias e atendimentos para a realização de ligaduras.

Setor de Imunização: Responsável por armazenar estoque de vacinas do município, solicitar e administrar imunobiológicos em pessoas que não têm cobertura de PSF.

Recepção: Responsável por atender, orientar e agendar consultas para todos os profissionais da Unidade.

Recepção Laboratório: Agendamento de exames, DNA, orientações, recepção e entrega de resultados.

Setor de Epidemiologia: Responsável por digitar, acompanhar os pacientes e realização de busca ativa, consultas médicas, enfermagem e fisioterapia das doenças de notificação compulsória.

Setor de Fonoaudiologia: Realização de terapias, consultas, exames audiológicos, grupo de orientação.

CTA/ SAE: Realização de teste HIV, sífilis e hepatite B, consultas médicas com infectologista, realização de palestras e acompanhamento dos portadores do HIV.

Telessaúde: Convênio da UFMG com o município. Realização de ECG, tele consultorias on-line off-line. Após assinatura pelo prefeito do convênio no mês

de abril de 2012.

Serviço de Limpeza

Conta com 06 funcionários para realização da limpeza da área interna e externa da Unidade e serviço de copa dos funcionários.

Unidade Básica de atendimento à Mulher:

Realiza consultas de pré-natal de alto risco e de Risco Habitual onde não possui cobertura de (ESF), consultas ginecológicas, consultas de puerpério, exame citopatológico cervico-uterino, teste rápido para toxoplasmose.

Farmácia Básica: realiza dispensação de medicamentos da rede básica e encaminha os processos de medicamentos excepcionais para a Superintendência Regional de Saúde de Diamantina e distribui para os usuários conforme aprovação do processo.

EXAMES REALIZADOS PELO LABORATÓRIO DA POLICLÍNICA AFONSINA NUNES ARAÚJO E TERCEIRIZADOS

ITEM	EXAME
•	ÁCIDO ÚRICO
•	ASLO
•	BAAR ESCARRO
•	BETA HCG
•	COLESTEROL HDL
•	COLESTEROL TOTAL
•	CREATININA
•	EPF – Fezes
•	FOSFATASE ALCALINA
•	GAMA GT
•	GICEMIA JEJUM
•	GRAM DE GOTA
•	HEMOGRAMA COMPLETO
•	LÁTEX
•	PCR
•	PPD
•	RASPADO PARA HANSENÍASE
•	REAÇÃO MONTENEGRO
•	SANGUE OCULTO NAS FEZES
•	TGO
•	TGP
•	TIPAGEM SANGUÍNEA

•	TRIGLICÉRIDEOS
•	URÉIA
•	URINA ROTINA
•	VDRL
	Terceirizados
•	ALBUMINA
•	AMILASE
•	BILIRRUBINA
•	CLORETO, SÉRICO (CL)
•	COOMBS INDIRETO
•	CREATININA 24H, URINA
•	CREATININA, CLEARANCE
•	CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)
•	MAGNÉSIO, SÉRICO (MG)
•	POTASSIO, SÉRICO (K)
•	PROTEÍNA 24 H, URINA
•	PROTEINAS TOTAIS
•	PROTEINAS TOTAIS FRACIONADAS
•	SÓDIO, SÉRICO (NA)
•	UROCULTURA + ANTIBIOGRAMA
•	CÁLCIO, SÉRICO (CA)
•	CEA
•	CITOMEGALOVÍRUS, IGG
•	CITOMEGALOVÍRUS, IGM
•	COOMBS DIRETO
•	CORTISOL
•	ELETROFORESE HEMOGLOBINA
•	ESTRADIOL, 17 BETA
•	ESTRONA
•	FAN
•	FERRITINA, SÉRICA
•	FERRO, SÉRICO (FE)
•	FOSFATASE ÁCIDA
•	FÓSFORO, SÉRICO (P)
•	FTA –ABS, IgG
•	FTA- ABS IgM
•	FSH
•	HAV IGG, ANTI
•	HAV IGM, ANTI
•	HAV TOTAL, ANTI

•	HBC IGG, ANTI
•	HBC IGM, ANTI
•	HBC TOTAL, ANTI
•	HBE, ANTI
•	HBE-AG
•	HBS, ANTI
•	HEMOGLOBINA GLICADA A1C
•	WESTERN BLOT HIV
•	IGE TOTAL
•	IA2, ANTI
•	LH
•	LÍTIO, SÉRICO (LI) -
•	MUCOPROTEÍNAS
•	PEPTÍDEO C
•	PROGESTERONA
•	PROLACTINA -
•	PSA LIVRE/TOTAL
•	RETICULÓCITOS
•	RUBÉOLA, IGG
•	RUBÉOLA, IGM
•	T3 LIVRE
•	T3 TOTAL
•	T4 LIVRE
•	T4 TOTAL
•	TESTOSTERONA TOTAL
•	TSH ULTRA SENSÍVEL
•	VITAMINA B12

A PSF As Neves têm como população referenciada em sua área de abrangência 338 famílias, totalizando 1228 usuários. A área do PSF As Neves abrangem as comunidades Neves, Calhauzinho das Neves, Grudaria, Córrego Novo, Tamboril, Grupiaria, Santa Rita de Cassia, Malhada Preta, Agua Branca, Girau, Jacubi, Palmital, Fazenda Soledade, Fazenda Diamantino, São Jose das Neves, Cardoso todas localizadas na zona rural. A maioria da população tem ensino fundamental incompleto, com um nível de alfabetização baixo. As

residências são simples, e muitas não têm rede de esgoto, água encanada, não tem pavimentação de ruas e coleta de lixo. Observa-se que não ocorreu um planejamento adequado para a alocação das casas, pois muitas não têm alinhamento e muitas ruas não seguem uma geometria definida. Existem grandes áreas desertas, com muito mato e entulho espalhado pelos terrenos. Tem pouca área de lazer só uma quadra de futsal. As casas possuem poucos cômodos, sendo geralmente dois quartos que, muitas vezes abrigam até 10 pessoas. Em muitas casas, o banheiro fica do lado de fora da casa, sendo que o mesmo não possui chuveiro ficando o banho para ser realizado com mangueira ou bacias. Além disso, muitos realizam eliminações fisiológicas no entorno da residência, favorecendo as verminoses e protozooses. Em muitas casas a higiene é precária, permanecendo no mesmo cômodo vários objetos guardados e com pouca circulação de ar, contribuindo muitas vezes para doenças de ordem respiratória e dermatológicas, tornando-se queixas frequentes no PSF.

Percebe-se também, desníveis acentuados nas casas, mesmo de um cômodo para outro, contribuindo para quedas de idosos e consequentes fraturas ósseas, principalmente de fêmur, tornando muitos desses pacientes acamados.

Nas visitas domiciliares observamos que, os pacientes, principalmente os idosos, não guardam os medicamentos de forma correta, sendo que se observaram muitas vezes receitas e medicamentos já prescritos para determinado paciente e, mesmo assim, ele fazia uso esporádico de tal medicação, tornando doenças como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, com alta taxa de prevalência e de difícil controle, favorecendo com isso, quadros agudos de crises hipertensivas e cetoacidose diabética. Conseqüentemente, doenças como infarto agudo do miocárdio e acidentes vasculares encefálicos são favorecidas, e quando não mata de imediato, deixa muitos pacientes incapazes ou com sequelas, outras causas de mortes são câncer e doença de chagas.

Várias pessoas chamam a atenção para a violência que é muito presente na região, contribuindo de forma incisiva para aumento na taxa de homicídios do município. As casas têm luz elétrica e água, não tem telefonia, a comunidade não tem correios e bancos.

A comunidade não tem hospitais, clínicas, laboratórios, tem várias escolas primárias e secundárias e creches têm também muitas igrejas.

A taxa de emprego, na região do PSF As Neves, é baixa, prevalecendo empregos como lavradores, empregadas domésticas, pedreiros, moto-taxistas, balconistas e artesãos, os homens jovens entre 18 e 30 anos trabalham fora da cidade e muitas famílias recebem bolsa de família. Fato interessante nos pacientes que procuram o PSF é a relação do trabalho exercido, com problemas de saúde, como: lombalgias, artralguas e cervicalgias, muito comuns nessa população (PMA, 2015).

Um problema que chama muito a nossa atenção, mas que permanece silencioso é o alcoolismo. Muito comum em nossa comunidade o uso de bebida alcoólica pode estar configurando-se como fator desencadeante de outras queixas de problemas de saúde. É fato cotidiano pessoas sentadas em bares durante qualquer hora do dia, fazendo uso de bebidas alcoólicas como opção e atividades ou como lazer.

O PSF As Neves não está centralizado na área de abrangência, mas é de fácil acesso para a população que mora perto do PSF, muitas comunidades ficam longe do PSF, mas contamos com 2 pontos de apoio. O horário de funcionamento é de 7:00 às 11:00 13:00 às 17:00. Conta com 4 ACS, 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica enfermagem. As consultas, geralmente são 30 por dia para o médico, divididas entre livre demanda e pré-agendamentos, todos passando por uma triagem prévia.

O PSF se encontra funcionando, foi reestruturada e contando com recepção, 1 sala para a consulta, consultório, cozinha e banheiro. Contamos com os recursos materiais em quantidade adequada para atender as necessidades dos atendimentos.

Apesar de muitos problemas com infraestrutura, de gestão e de perda de dados estatísticos importantes, o município de Araçuaí está passando, aparentemente, por um processo de mudança, onde a saúde é vista com importância vital para reger os princípios e diretrizes do sistema único de saúde (SUS). Observa-se uma melhoria evidente, mas muito tem que ser feito ainda, para que isso se torne perene e não mude de tempos em tempos, de acordo com a “dança” dos prefeitos e gestores.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial entre os idosos na comunidade, pelo grande número de idosos com níveis pressóricos não controlados e pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

A partir da constatação da magnitude do problema da hipertensão arterial e da possibilidade de uma ação, iniciou-se um trabalho de elaboração de um plano de intervenção, com várias etapas de planejamento, definição de responsáveis e formas de gestão, o que trouxe para a equipe um amadurecimento na forma de trabalhar em saúde.

A participação da família, do paciente hipertenso e da equipe de saúde, como atores deste projeto e corresponsáveis pela mudança proposta, além da necessidade de todos terem mais conhecimento para atuar sobre a hipertensão arterial foi o ponto considerado mais importante neste trabalho.

3 OBJETIVO

Elaborar proposta de intervenção com vistas a reduzir o número de hipertensos na área de abrangência do PSF As Neves, no município de Araçuaí.

4. METODOLOGIA

Para a realização do presente estudo foi utilizado como modelo de embasamento teórico a revisão bibliográfica. As pesquisas foram feitas em artigos científicos publicados em revistas indexadas e em periódicos publicados pelo Ministério da Saúde sobre o tema doenças crônicas não transmissíveis, hipertensão arterial e Programa de saúde da família, no período de 2000 a 2016.

Foram selecionados artigos científicos, manuais da Sociedade Brasileira de hipertensão arterial, Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, entre outros, em sites específicos, como o departamento de atenção básica e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *SciELO*. Para a busca de artigos foram utilizados os seguintes descritores: Doenças Crônicas não Transmissíveis, Hipertensão Arterial, Programa de Saúde da Família.

Após a etapa de embasamento teórico foi realizado um levantamento dos problemas de saúde na área de abrangência do PSF As Neves, no município de Araçuaí e elaborado um plano de intervenção com pacientes com hipertensão arterial, suas famílias e a equipe de saúde responsável pelos cuidados. A metodologia utilizada para elaboração do plano de intervenção foi o Planejamento Estratégico Situacional- PES conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema (CAMPOS *et al*, 2010).

Descritores: Doenças Crônicas não Transmissíveis, hipertensão arterial, programa de saúde da família.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 - HAS: CONHECER PARA CUIDAR

Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006).

Os múltiplos fatores de risco cardiovascular se apresentam de forma agregada, sendo os principais: idade, gênero e etnia (com prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca), excesso de peso e obesidade, ingestão excessiva de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, genética gerando necessidades diversas de tratamento farmacológico e de mudanças no estilo de vida (SBC, 2016).

Propor ações de cuidados e controle da pressão arterial não é tarefa fácil. Pessoas hipertensas comumente não mantêm o controle pressórico satisfatório, muitos, mesmo se reconhecendo hipertensos não fazem o tratamento com medicamentos, não modificam hábitos alimentares e não praticam exercícios. Neste contexto ações de prevenção e informação, contínuas e programadas, podem configurar-se como uma importante estratégia para melhorar o controle da pressão arterial. Resultados desejáveis estão articulados a várias dimensões do cuidado, como o acesso aos medicamentos, possibilidade de diálogo entre profissionais de saúde e pacientes e maneira que estes aderem à terapêutica proposta (HELENA *et al.*, 2010).

Por ser uma doença, na maioria das vezes, de curso assintomático, há uma necessidade de que os profissionais da atenção básica em saúde informem constantemente e eduquem os pacientes hipertensos acerca de como seguir corretamente o tratamento e, sobretudo, que criem estratégias de motivá-los a mudar estilos e hábitos de vida em busca de uma vida mais saudável, o que exige perseverança, rotina e compromisso (BRASIL, 2006).

O baixo nível de conhecimento sobre a HAS tem sido um dos grandes fatores que dificultam os cuidados aos pacientes. Abordar a HAS, fornecendo todas as informações necessárias, exige a atuação de diversas especialidades como médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, professor de educação física, farmacêutico e agentes comunitários de saúde, contando com a equipe do PSF e também do NASF. É necessário um trabalho contínuo e permanente de motivação para que o paciente não abandone o tratamento, ações de prevenção e promoção da saúde com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco, treinamento de profissionais, interconsultas, ações assistenciais individuais e comunitárias (BRASIL, 2006).

As ações de cuidado precisam pautar-se pelas mais diversas formas de atuação, sendo responsabilidade da atenção básica, preconizadas pelo Ministério da Saúde a realização de ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado da HAS. Estas ações devem envolver todos os profissionais da equipe, em suas variadas especificidades técnicas, com seus saberes voltados para o melhor cuidado possível na busca pelo controle da HAS nos pacientes sob sua responsabilidade (HELENA *et al*, 2010).

5.2 ADESÃO AO TRATAMENTO DA HAS

Para que o tratamento da HAS seja efetivo e eficaz há que se conseguir um compromisso do paciente. Porém, no curso da doença e no processo de tratamento há muitas dificuldades no seguimento das ações prescritas e mesmo no uso correto da medicação prescrita, nem sempre há profissionais de saúde competentes e disponíveis para o acompanhamento necessário e nem sempre há uma cobertura de 100% da população sendo atendida por uma ESF.

Adesão ao tratamento da HAS é um assunto recorrente e de destaque, devido à grande dificuldade que os pacientes hipertensos apresentam para controlar e seguir as orientações para o tratamento. Considerando que adesão ao tratamento reflete, ao menos em parte, o modo como as pessoas

compreendem e assumem o cuidado com sua saúde, fica explícita a necessidade de uma aproximação e fornecimento de informação e apoio por parte da equipe de saúde ao paciente hipertenso. Estudos demonstram que a melhora da adesão diminui a mortalidade, consultas de emergência e internações, reduz custos médicos e promove o bem-estar dos pacientes. Inclusive as altas taxas de não adesão podem ser consideradas indicativas de um trabalho ineficaz por parte da equipe de saúde da atenção básica (HELENA *et al*, 2010).

Abordar a HAS exige ações individuais e coletivas, uma vez que para garantir ganhos duradouros e consistentes são necessárias modificações de estilo de vida que, uma vez sendo incorporadas ao cotidiano de todos há uma diminuição da exposição aos fatores de risco, trazendo benefícios para todos (BRASIL, 2006).

De acordo com a VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, as alterações próprias do envelhecimento determinam aspectos diferenciais na PA dessa população resultando em valores falsamente baixos para a sistólica ou falsamente altos para a diastólica. Situações como o efeito do avental branco, hipotensão ortostática e pós-prandial, a presença de arritmias, como a fibrilação atrial, pode dificultar a medida da pressão arterial (PA) nesses indivíduos o que gera a necessidade de uma intervenção mais cuidadosa com esta população (SBC, 2016).

5.3 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO DA HAS

Hábitos e estilos de vida inadequados, baixo nível de realização de atividades educativas pela equipe de saúde e tratamento farmacológico inadequado tem sido problemas frequentemente identificados nas ações que visam o tratamento da HAS. Apesar do avanço científico neste campo do conhecimento, mensurar o grau de entendimento e adesão dos pacientes às orientações profissionais acerca do tratamento necessário da HAS ainda é um ponto de grande dificuldade.

Para a decisão da indicação terapêutica para um paciente hipertenso há, basicamente, duas opções: orientação e ações para modificar o estilo de vida

como perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, diminuição do consumo de sal, dentre outros e o tratamento medicamentoso. Considerando a classificação do risco individual e os níveis pressóricos detectados na consulta inicia a indicação de tratamento pode ser descrita conforme o quadro a seguir:

QUADRO 1. DECISÃO TERAPÊUTICA SEGUNDO RISCO E PRESSÃO ARTERIAL

	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO
PRÉ-HIPERTENSÃO (120-139/80-89)	Mudança de estilo de vida	Mudança de estilo de vida	Mudança de estilo de vida se insuficiência cardíaca, doença renal crônica ou diabete melito
ESTÁGIO 1 (140-159/90-99)	Mudança de estilo de vida (até 12 meses)	Mudança de estilo de vida (até 6 meses) Tratamento Medicamentoso se múltiplos fatores de risco.	Tratamento Medicamentoso.
Estágios 2 (>160 />100)	Tratamento Medicamentoso.	Tratamento Medicamentoso.	Tratamento Medicamentoso.

FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 58p. (Série Cadernos de Atenção Básica, n. 15).

O tratamento não medicamentoso constitui em estratégias de eliminação dos fatores de risco da HAS, com a mudança de estilo de vida. Modificar estilo de vida é, inserir uma alimentação adequada, sobretudo diminuindo a quantidade do consumo de sal, controlar o peso e prevenir a obesidade, inserir a prática regular de atividade física, evitar o tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da HAS. Sem estas modificações, nem mesmo doses excessivas de medicamentos são suficientes para controlar os níveis pressóricos (BRASIL, 2006).

Os pontos principais de foco das estratégias de intervenção não medicamentosa para o tratamento da HAS são:

- Controle de peso
- Adoção de hábitos alimentares saudáveis
- Redução do consumo de bebidas alcoólicas
- Abandono do tabagismo
- Prática de atividade física regular

A população idosa merece uma atenção especial quando o assunto é a HAS, devido às comorbidades e às características próprias desta fase da vida. Estima-se que pelo menos 65% dos idosos brasileiros são hipertensos. Nesta população o objetivo do tratamento é a redução gradual da pressão arterial para níveis abaixo de 140/90 mmHg, sendo que em alguns pacientes muito idosos é difícil reduzir a pressão abaixo de 140 mmHg, mesmo com boa adesão e múltiplos agentes. Podendo ser aceito parâmetros menos acentuadas de pressão arterial sistólica (por exemplo 160 mmHg) (BRASIL, 2011).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

PRIMEIRO PASSO: Definição dos problemas

Apesar do pouco tempo de atividade no PSF As Neves, percebe-se que existem pontos que precisam de mais atenção para ser melhorados tanto estruturalmente, como em relação a abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

- Baixa adesão dos pacientes com doenças crônicas como a hipertensão arterial ao controle e seguimento pela atenção primária.
- A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a principal morbidade da área sendo a principal causa de atendimento médico diário.
- Dificuldades na realização de exames laboratoriais para o monitoramento de doenças crônicas por falta de recursos no hospital municipal.
- Destino final inadequado de os lixos e dejetos humanos.
- Abastecimento e tratamento insuficiente de água com alto risco de consumo de água contaminada.
- Realização de poucas atividades educativas em grupos desenvolvidos pela equipe de saúde.
- Não contamos com os recursos e medicamentos para o atendimento das urgências, assim como seu encaminhamento.

SEGUNDO PASSO: Priorização dos problemas.

Quadro 2- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico do PSF As Neves

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixa adesão dos pacientes com doenças crônicas como a hipertensão arterial ao controle e seguimento pela atenção primária	Alta	9	Parcial	01
A HAS é a principal morbidade da área.	Alta	8	Parcial	02
Dificuldades na realização de exames laboratoriais para o monitoramento de doenças crônicas por falta de recursos no hospital municipal	Alta	7	Parcial	03
Uso de polifarmácia nos pacientes com doenças crônicas como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.	Alta	7	Parcial	04
Abastecimento e tratamento insuficiente de água com alto risco de consumo de água contaminada.	Alta	6	Fora	05

TERCEIRO PASSO: Descrição dos problemas selecionados.

1. A descrição do problema selecionado, que foi a Baixa adesão dos pacientes com doenças crônicas como a hipertensão arterial ao controle e seguimento pela atenção primaria.
2. Elevada prevalência de pacientes com doença crônica que não tem seguimento medico pela atenção primaria.
3. Dificuldades na realização de exames laboratoriais para o monitoramento de doenças crônicas por falta de recursos no hospital municipal.
4. Uso de diversos medicamentos pelos pacientes com doenças crônicas como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.
5. Abastecimento e tratamento insuficiente de água com alto risco de consumo de água contaminada.

Diante desta realidade, o problema que escolhemos para explicar é o aumento do número de hipertensos, devido ao seu incremento nos anos anteriores.

QUARTO PASSO. Explicação do problema.

Causas

1. Não modificar estilos de vida e fatores de risco.
2. Dificuldades do entendimento por parte dos pacientes das orientações.
3. Dificuldade de seguimento da orientação médica
4. Falta de condições materiais para o seguimento das orientações

Consequências destas doenças

Dificuldade de controle dos níveis pressóricos →risco cardiovascular aumentado → aumento das complicações da hipertensão e diabetes mellitus (AVC, IAM) aumento de internações, invalidez e óbitos e aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

QUINTO PASSO. Seleção dos “nós críticos”

1. Baixo nível de conhecimento de nossa população sobre a HAS.
2. Dificuldades no seguimento dos pacientes com HAS.
3. Hábitos e estilos de vida não adequados.
4. Baixo nível de realização de atividades educativas pela equipe de saúde
5. Tratamento farmacológico inadequado.

SEXTO PASSO: ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

Para a elaboração deste plano de ação levamos em conta os seguintes passos: priorização do problema identificado, propósito de mudança dos problemas prioritários, planejamento de tarefas ou atividades concretas com participação intersetorial e da população, desenho de um plano de ação com data de cumprimento e determinação de pessoa participante e do responsável da execução de tarefas.

DESENHO DAS OPERAÇÕES

QUADRO 3: DESCRIÇÃO DO DESENHO DAS OPERAÇÕES – PSF AS NEVES

Nós críticos	Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Baixo nível de conhecimento de nossa população sobre a HAS.	Conhecer para cuidar	Aumentar o nível de conhecimento sobre HAS por parte da equipe de saúde e da população	Reuniões periódicas da equipe sobre o tema HAS Encontros periódicos com a comunidade para discutir sobre HAS e sensibilizar sobre prevenção e promoção de	Organizacional: organizar os locais e a dinâmica das reuniões Cognitivos: informações sobre as para a equipe e para a população Político: espaços e disponibilidade de tempo de trabalho

			saúde	destinado a ações de capacitação e práticas educativas Financeiro: os necessários para adquirir recursos áudio visuais, folhetos educativos.
Dificuldades no seguimento dos pacientes com HAS.	Apoio mútuo	Proximidade da equipe de saúde com os pacientes hipertensos motivando-os e informando-os sobre a adesão ao tratamento e garantia da medicação	Melhor percepção destes pacientes sobre sua doença para que alcancem maiores conhecimentos. Equipe preparada para apoiar e motivar os pacientes.	Cognitivos: conhecimento pelos membros da equipe de saúde sobre os fatores de risco de descompensação da doença. Organizacionais: cronograma de trabalho e ações as serem realizadas com metas Políticos: realizar uma articulação para ações de discussão sobre HAS Financeiros: aumento a medicação disponível garantindo cobertura total
Hábitos e estilos de vida não adequados.	Saúde em dia	Ações de mudança de estilo de vida	Inserir atividade física nas ações de cuidado da equipe de saúde; Encontros com a temática sobre alimentação saudável	Cognitivo: Montar um caderno de receitas sobre alimentação saudável e um plano de metas de exercícios físicos como grupos de caminhada Organizacionais:

				cronograma de trabalho mensal
Baixo nível de realização de atividades educativas pela equipe de saúde.	HAS em foco	Profissionais de saúde capacitados para informar e apoiar os hipertensos nos cuidados com a doença e mudanças de estilo de vida	Implantar ações de prevenção no cotidiano da equipe de saúde com foco na promoção de saúde e não apenas no controle da doença	Cognitivos: conhecimento pelos membros da equipe de saúde sobre os fatores de risco de descompensação da doença. Organizacionais: cronograma de trabalho e ações a serem realizadas com metas.
Tratamento farmacológico inadequado.	Tratar para melhorar	Aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso	Garantir o fornecimento de medicamentos aos pacientes hipertensos	Cognitivo: Criar uma metodologia de organização da medicação para que os pacientes tenham melhor controle no uso dos medicamentos

PLANO OPERATIVO

QUADRO 4: DESCRIÇÃO DO PLANO OPERATIVO – PSF AS NEVES

Operação	Resultados	Produtos	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
Conhecer para cuidar	Aumentar o nível de conhecimento sobre HAS por parte da equipe de saúde e da população	-Organizar palestras e grupos operativos para falar sobre os múltiplos fatores que levam a HAS	Acionar outros parceiros como NASF e profissionais especializados para participar destas palestras	Secretaria de saúde Coordenação de atenção básica e epidemiológica Prefeitura e secretaria de cultura	Um mês para planejar e fazer cronograma e dois meses para iniciar execução
Apoio mútuo	Proximidade da equipe de	Melhor percepção destes	Sensibilizar a equipe acerca da importância	Equipe do PSF	Três meses para

	saúde com os pacientes hipertensos motivando-os e informando-os sobre a adesão ao tratamento e garantia da medicação	pacientes sobre sua doença e alcançar um maior conhecimento da população em geral. ACS capacitado no controle e seguimento desta doença.	da prevenção para maior efetividade dos cuidados		início
Saúde em dia	Ações de mudança de estilo de vida	Realizar ações na comunidade de prevenção e promoção de saúde como grupos de caminhada, grupos operativos de alimentação com práticas de receitas saudáveis e trocas de ingredientes	Mudar o foco das ações curativas para as ações preventivas	Equipe de saúde toda	Um mês para iniciar
HAS em foco	Profissionais de saúde capacitados para informar e apoiar os hipertensos nos cuidados	Realizar ações na comunidade de prevenção e promoção de saúde como grupos de caminhada, grupos	Mudar o foco das ações curativas para as ações preventivas	Equipe de saúde toda	Um mês para iniciar

	com a doença e mudanças de estilo de vida	operativos de alimentação com práticas de receitas saudáveis e trocas de ingredientes .			
Tratar para melhorar	Aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso	Garantir uma informação de qualidade, atendimento médico sobre a importância do uso correto de medicamentos e garantia do fornecimento da medicação	Criar uma metodologia de organização da medicação para que os pacientes tenham melhor controle no uso dos medicamentos	Equipe de saúde toda	Um mês para iniciar

GESTÃO DO PLANO

A equipe deverá reunir-se periodicamente para rever as metas alcançadas e as modificações necessárias para atingir os objetivos propostos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de elaborar um projeto de intervenção com o olhar direcionado para a prevenção, foi uma oportunidade de reconhecermos que as ações no âmbito da atenção básica em saúde precisam, necessariamente, abarcar a prevenção e a promoção de saúde. Para isso é necessário que toda a equipe direcione o foco de suas ações para as intervenções preventivas e, não mais procure olhar apenas para os sinais e sintomas das doenças. Implantar o projeto elaborado será, sem dúvidas, a prática necessária para toda a equipe atuar em conjunto com a população no enfrentamento à hipertensão arterial.

A adesão ao tratamento precisa ser monitorada pois nos indica o quanto as ações propostas estão sendo efetivas e eficazes, uma vez que, um trabalho de conscientização, prevenção e apoio ao paciente hipertenso, quando bem realizado, cria um vínculo com a equipe e aumenta as probabilidades de sucesso no controle da HAS.

Um ponto que se tornou mais evidente para toda a equipe foi a importância de cada profissional estar capacitado e construir uma relação de confiança e apoio com os pacientes para que as ações propostas resultem nos pontos que foram elencados no planejamento.

O exercício de planejar ações possibilita, por si só, uma maior aproximação da equipe. As conversas, as atividades de diagnóstico proporcionaram uma vivência antecipada do que foi o carro chefe do plano de ação – palestras, reuniões e aproximação com a comunidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 08 de julho de 2016.

_____. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 12 de agosto de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília (DF), 2006b. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos, n. 14).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 58p. (Série Cadernos de Atenção Básica, n. 15).

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de ; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. 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.

HELENA, E. T. S.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J.. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, n. 3, p. 614-626, set. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300013>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇUAÍ. **Plano Municipal de Saúde de Araçuaí**. Minas Gerais. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SSN-0066-782X. Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016.