

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

ANISULY CABRERA SANCHEZ

**ELEVADO ÍNDICE DE PACIENTES HIPERTENSOS MAIORES DE 35
ANOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Uberlândia/MG

2016

ANISULY CABRERA SANCHEZ

**ELEVADO ÍNDICE DE PACIENTES HIPERTENSOS MAIORES DE 35
ANOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Edilaine Assunção Caetano de Loyola

Uberlândia /MG

2016

ANISULY CABRERA SANCHEZ

**ELEVADO ÍNDICE DE PACIENTES HIPERTENSOS MAIORES DE 35
ANOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof.^a Ms Edilaine Assunção Caetano de Loyola – Universidade de São Paulo

Examinador 2: Prof. Ms Samara Macedo Cordeiro - Universidade de São Paulo

Aprovado em Belo Horizonte, em 18 de junho de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico o meu trabalho:

Minha mãe, meu exemplo de vida.

À memória do meu pai, meu ídolo inesquecível.

Ao meu esposo, amigo e companheiro da jornada da vida.

Ao meu filho, minha fonte de inspiração e motivo de viver.

AGRADECIMENTO

Agradeço a todos as pessoas que me orientaram e apoiaram durante todo o processo de desenvolvimento da Especialização.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo apresentar uma proposta de intervenção para melhorar o acompanhamento dos pacientes hipertensos, maiores de 35 anos na Unidade Básica de Saúde “Mozar Correa da Silva”, da cidade de Lagoa Grande/MG, a fim de diminuir o índice de complicações por esta doença. Tendo em vista que as doenças cardiocirculatórias nos dias atuais são responsáveis por uma elevada mortalidade da população brasileira, sendo a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus doenças prevalentes há anos na população; e, considerando que muitos fatores de risco são modificáveis, a proposta de intervenção elaborada inclui ações voltadas para aumentar o nível de conhecimento da população acerca da hipertensão arterial, mudanças de hábitos de vida e capacitação da equipe. Saber +, + Saúde, Linha de cuidado.

Palavras chave: Hipertensão arterial sistêmica, Fatores de risco, Plano de intervenção.

ABSTRACT

This paper aims to present an intervention proposal to improve the monitoring of hypertensive patients over 35 years in the Basic Health Unit "Mozar Correa da Silva," the town of Lagoa Grande / MG in order to reduce the complication rate by this disease. Given that cardiocirculatory diseases nowadays are responsible for a high mortality of the population, and systemic hypertension and diabetes mellitus prevalent diseases for years in the population; and considering that many risk factors are modifiable, the elaborate intervention proposal includes actions to increase the population's level of knowledge about hypertension, lifestyle changes and staff training; Saber + + Health care line.

Key words: systemic arterial hypertension, risk factors, intervention plan.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Assistência Primária
UBS	Unidade Básica de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
AB	Atenção Básica
CEESF	Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ETA	Estação de Tratamento de Água
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
SUS	Sistema Único de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
ER	Estimativa Rápida
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
AVE	Acidente Vascular Encefálico
MS	Ministério de Saúde
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
IECA	Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
BRA	Bloqueadores de Receptores de Angiotensina

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa com a localização do município de Lagoa Grande/MG.	12
Quadro1	Distribuição da população total por gênero e procedência na cidade de Lagoa Grande/MG 2013.	13
Figura 2	Pirâmide Etária do Município de Lagoa Grande	14
Tabela1	Distribuição da população por grupo de idades e procedência na UBS Mozar Correia da Silva na Cidade de Lagoa Grande/MG. 2014	16
Tabela 2	Prevalência das principais doenças crônicas não transmissíveis na população de abrangência da UBS Mozar Correa da Silva na cidade de Lagoa Grande/MG. 2014	18
Tabela 3	Prevalência das principais doenças transmissíveis na área de abrangência da UBS Mozar Correa da Silva de Lagoa Grande /MG. 2014	18
Quadro 2	Priorização dos Problemas identificados na UBS Mozar Correa da Silva segundo os critérios de priorização	20
Quadro3	Desenho de operações para o “nó crítico” Baixo nível de informação sobre a Hipertensão Arterial	27
Quadro 4	Desenho de operações para o “nó crítico” Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado.	28
Quadro 5	Desenho de operações para o “nó crítico” “Hábitos e estilo de vida não saudáveis”	29
Quadro 6	Gestão do plano	30

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Município de Lagoa Grande	11
1.2	Sistema Local de Saúde	15
2	JUSTIFICATIVA	22
3	OBJETIVOS	23
3.1	Geral	23
3.2	Específico	23
4	METODOLOGIA	24
5	REVISÃO DA LITERATURA	25
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	27
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
	REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

Desde minha graduação, há 20 anos, na Universidade de Medicina da Habana, em Cuba, onde residi e exerci a profissão até o dia em que vim para o Brasil, sempre trabalhei na Assistência Primária (AP). No decorrer de minha trajetória profissional, fiz o curso de Especialização em Medicina Geral Integral, que me permitiu ampliar meus conhecimentos para desenvolver meu trabalho com maior facilidade no campo da saúde coletiva.

Há dois anos, faço parte do Programa "Mais Médicos", do governo federal brasileiro, e presto serviço na Unidade Básica de Saúde (UBS) Mozar Correa da Silva, na cidade de Lagoa Grande/MG que elegeu a Estratégia Saúde da Família (ESF) para reorganizar a Atenção Básica (AB). Neste momento, me encontro concluindo o Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família (CEESF), no qual foram oferecidos vários módulos de estudos, que fizeram com que eu adquirisse subsídios para melhor desenvolver meu trabalho diário.

Hoje, resido no município de Lagoa Grande que está situado na mesorregião do Noroeste de Minas Gerais na microrregião de Paracatu, a 22 km da BR 040 e distante a 507 km da capital do estado, Belo Horizonte. Possui uma área de 1 236,301 km² tendo como municípios limítrofes: Presidente Olegário, João Pinheiro, Paracatu, Lagamar e Vazante (LAGOA GRANDE, 2016).

Nesta cidade, me sinto confortável para desenvolver meu trabalho com qualidade, apesar de estar longe de meus pais e dos meus familiares e amigos que lá deixei.

1.1 O município de Lagoa Grande/MG: aspectos históricos e demográficos

Em relação ao histórico da cidade, em entrevista realizada com alguns dos seus fundadores, eles disseram que os habitantes do município sempre foram extremamente religiosos desde seus primórdios. Esta religiosidade os levou a construir uma igreja, com os poucos recursos da época: palha de coco, bambus e barro. Tal local se tornou histórico, pois serviu como local para exercer, além da prática religiosa, as reuniões comunitárias e até mesmo para o funcionamento da primeira escola. Tudo isto em meio à natureza enigmática que se tinha na época.



Figura1-Mapa com a localização do município de Lagoa Grande/MG.

Fonte: site oficial do município de Lagoa Grande, 2016.

Também disseram que muitos anos se passaram e seus habitantes sobreviviam principalmente através da agricultura de subsistência e agropecuária, mas com a fundação da primeira escola pública e após anos, com a emancipação política, o município começou a caminhar com passos largos; trabalhadores vindos do Rio Grande do Sul e de outras regiões do Brasil começaram a desbravar o cerrado da região, formando grandes seleiros de soja, milho, tomate, arroz, pimentão, algodão, etc. Subsidiando o município e até outras regiões com a produção até nos dias atuais. Pequenos fazendeiros progrediram tornando grandes criadores de gado de leite e corte, transformando assim na maior bacia leiteira da região e elevando o nome do pequeno município com sua festa maior: a Festa do Leite.

Com o aumento populacional exigido por lei, Lagoa Grande conseguiu sua emancipação política e administrativa no dia 27 de abril de 1993, a qual trouxe melhorias consideráveis na vida da comunidade, com mais escolas públicas, hospital e postos de saúde que atendem toda a comunidade gratuitamente, também a criação de pequenas indústrias, algumas estradas e rodovias asfaltadas para melhor fluir o trânsito, e comércios bem situados e desenvolvidos, demonstrando um

pleno desenvolvimento do município. Tanto na produção agropecuária, humana e política.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no censo do ano de 2010 o município contava com 8.631 habitantes e, atualmente, a população estimativa em 2014 elevou-se a para 9294 habitantes (BRASIL, 2016).

Quadro1: Distribuição da população total por gênero, procedência e taxa de urbanização na cidade de Lagoa Grande/MG. 2013

População Total, por Gênero, Rural/Urba e Taxa de Urbanização - Lagoa Grande –MG						
População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	6.073	100,00	7.610	100,00	8.631	100,00
População residente masculina	3.173	52,25	4.028	52,93	4.549	52,71
População residente feminina	2.900	47,75	3.582	47,07	4.082	47,29
População urbana	3.666	60,37	5.480	72,01	6.408	74,24
População rural	2.407	39,63	2.130	27,99	2.223	25,76
Taxa de Urbanização	-	60,37	-	72,01	-	74,24

Fonte: PNUD, IPEA e FJP. [http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/Lagoa Grande/MG](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/Lagoa%20Grande/MG)

A análise demográfica demonstrou que a população do município concentra-se, em sua maioria, na zona urbana, 6408 (74,24%); enquanto que a zona rural alberga 2223 (25,76%) da população total.

A figura 2 revela uma pirâmide etária em que a população masculina e afeminina se mostra bastante equilibrada, observando-se, ainda, que a maior parte da população

está na faixa etária entre os 15 a 59 anos, com uma população acima de 59 anos também expressiva.

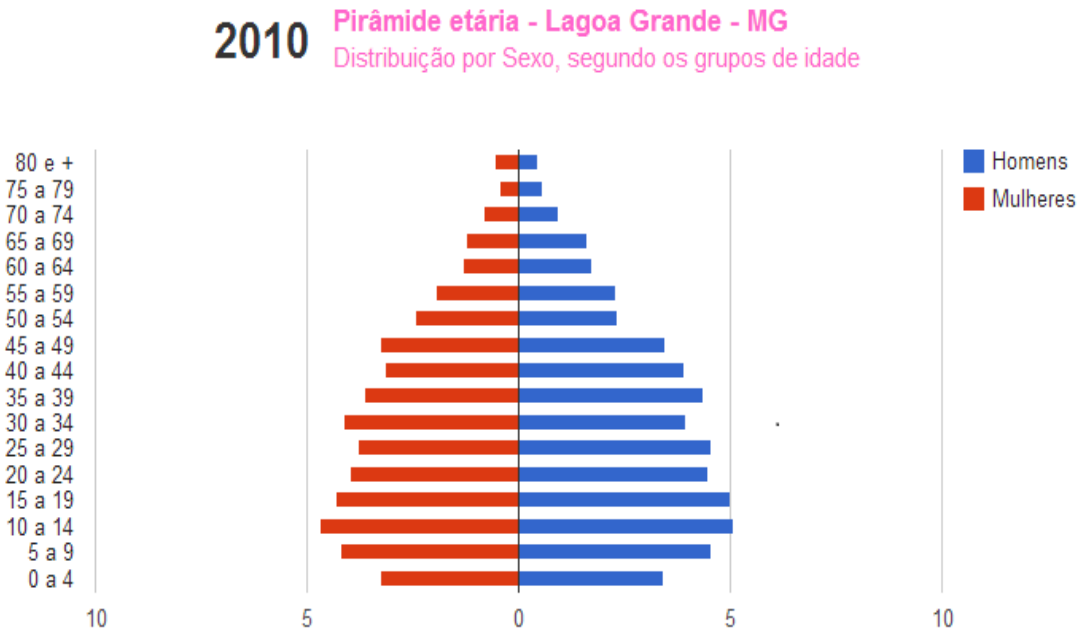


Figura 2- Pirâmide etária do município de Lagoa Grande/MG

Fonte: Fonte: PNUD, IPEA e FJP. http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/lagoa-grande_mg

O setor agropecuário, especificamente a produção de leite e seus derivados, é o mais importante da economia de Lagoa Grande, predominando na geração de empregos. No município, há também o cultivo de alguns produtos de lavoura. A produção do milho tem crescido, mas vem sendo quase inteiramente absorvida pela silagem voltada para alimentação do gado leiteiro. A indústria local é pouco expressiva em termos da geração do produto e emprego no município.

Segundo dados do Sistema de Informação de Atenção Básica Municipal (SIAB-M), por meio das visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nos domicílios do território, foi feito o diagnóstico situacional e conhecemos que a população da área de abrangência mora em residências de boas aparências, sendo as casas do tijolo/adobe as predominantes, com raras situações na zona rural, em que ainda persistem alguns ranchos de palha. O índice de eletrificação é elevado e existem duas Estações de Tratamento de Água (ETA) na sede do município que permitem que a água de consumo maioritariamente seja tratada; e há também uma Usina de Triagem de Lixo o que permite que o maior portento do lixo seja coletado.

O IDH Brasil 2013 o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Lagoa Grande é 0,679, em 2010, é avaliado de Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699).

1.2 Sistema local de saúde

O sistema local de saúde de Lagoa Grande, tem um Conselho Municipal de Saúde que exerce o controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). Isto significa que cabe ao Conselho fiscalizar, planejar, propor e controlar os recursos destinados à área da Saúde no Orçamento do município, bem como aprovar o Plano Municipal de Saúde.

O município conta com um ambulatório de Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com 12 leitos de Observação, durante 24 horas por dia. Possui um serviço de Laboratório de Análises Clínicas sendo o mesmo terceirizado, existem duas UBS: Fabricia Teodoro de Lelés e Mozar Corrêa da Silva com duas Equipes de Saúde da Famíliae Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Dispomos de uma Unidade Móvel Odontológica e um Centro Odontológico Municipal, e a Farmácia de Minas que contempla todos os medicamentos da assistência farmacêutica básica estadual e quatro farmácias particulares, e referência ao centro de hiperdia, centro boa vida da cidade vizinha. (LAGOA GRANDE, 2014-2017).

O Programa Lagoa Ativa é uma proposta de desenvolvimento de Práticas Corporais e Atividades Físicas. Quem tem por objetivo promover a qualidade de vida da população por meio do incentivo da prática de atividades físicas, com a realização de aulas de jump, alongamento, aeróbica, além de atendimentos domiciliares. Nosso atendimento de fisioterapia esta sendo desenvolvida na estrutura física da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). (LAGOA GRANDE, 2014-2017).

A região conta com uma série de serviços sociais: como Cinco escolas: sendo uma escola de ensino média pública estadual e quatro escolas públicas municipais que ministram ensino do pré-escolar ao 5ºano, uma Biblioteca pública, uma Associação Vicentina que cuida de pessoas necessitadas, dois Postos de Agências Bancárias, Polícia Militar, um correio, várias associações que visam o bem comum, etc. (IBG, 2010)

A UBS Mozar Correa da Silva, onde desenvolvo a minha aprendizagem, está situada na Rua Padre Anchieta, 901, Bairro Centro, Lagoa Grande – MG.

Inaugurada no dia 07 de Agosto 2010, com recursos do governo de Minas Gerais, sua área de abrangência é o bairro centro da cidade e pessoas da zona rural, a unidade é constituída por profissionais para a realização de atendimento em ESF. Possui o atendimento ao público de Segunda as Sextas-Feiras, nos horários das 07:00 horas as 11:00h e das 13:00h as 17:00 horas, oferecendo atendimento clínico médico todos os dias da semana, com exceção da terça-feira. As consultas são marcadas todos os dias em horário de atendimento da unidade, ofertando demanda agendada e espontânea; as consultas de ginecologia ocorrem todas as quintas-feiras, em especial para atender as gestantes, e há consultas da psicóloga de segunda as sextas-feiras, com carga horária de seis horas por dia. Existe também o atendimento de fonoaudióloga uma vez na semana, e, por último, uma unidade odontológica.

Atendemos uma população de 3.988 pessoas, sendo que a maior população concentra-se na área urbana (74%) e o maior grupo populacional é de 25 a 59 anos de idade (57,1%), seguido do grupo de mais 60 anos de idade (17%) de acordo com os dados da tabela 1.

Tabela 1-Distribuição da população por grupo de idades e procedência na UBS Mozar Correia da Silva na Cidade de Lagoa Grande/MG.2014

Número de indivíduos										
Faixa etária	>1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60+	Total
Área Urbana	24	66	124	119	188	240	953	746	504	2.964
Área Rural	11	15	62	66	57	58	390	190	175	1024
Total	35	81	186	185	245	298	1343	936	679	3988

Fonte: Registro da equipe

Temos o 100% de cobertura para toda a população da área de abrangência de nossa equipe. A unidade é bem estruturada e conta.

- Acolhimento
- Consulta medica
- Curativo
- Vacinação

- Odontologia
- Teste do pezinho
- Nebulização
- Consulta de enfermagem
- Pré- Natal
- Fonoaudiologia
- Nutrição
- Psicologia
- Grupo de gestantes
- Grupo de Hiperdia
- Visitas domiciliares
- Administração de medicamentos
- Exames de Papanicolau
- Ações de prevenção e promoção à saúde
- Fisioterapia
- Assistência Social

No aspecto epidemiológico, apresentamos as principais doenças crônicas não transmissíveis e doenças transmissíveis que com maior frequência foram observadas na população de abrangência da UBS durante o ano 2014 (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2-Prevalência das principais doenças crônicas não Transmissíveis na população de abrangência da UBS "Mozar Correa da Silva" de Lagoa Grande/MG, 2014

Patologias	Numero de casos	(%)
Hipertensos	950	23,8
Diabetes Mellitus	675	16,9
Hipotireoidismo	56	1,40
Saúde mental	247	6,19
Epilepsia	18	0,45
Álcool	56	1,40
Drogas	13	0,32

Fonte: Registro da equipe

Pode-se perceber pela tabela 2 que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são as doenças que mais se apresentam na população de abrangência. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle; é considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública (VI DBH, 2010).

Em seguida, vêm os problemas de saúde mental (ansiedade, depressão, transtornos bipolar, risco de suicídio, crises psicóticas agudas, etc.) que se traduzem no aumento das consultas médicas, assim como um elevado uso e consumo de ansiolíticos, antidepressivos na população.

Tabela 3: Distribuição das principais doenças transmissíveis no território da UBS "Mozar Correa da Silva" de Lagoa Grande/MG, 2014

Patologias	Número de casos	Portento%
Dengue	24	0,6
Chagas	8	0,2
IRA em < 2ª	6	7,4
DST	5	0,12
Tuberculoses	2	0,05
Hanseníase	2	0,05

Fonte: Registro da equipe

Percebe-se na tabela 3 que a Dengue é também uma das principais causas da morbidade transmissível na comunidade, constituindo um importante flagelo epidemiológico no Brasil a prestar atenção integral; nossa área apresentou o maior número dos casos durante o período das chuvas e estamos convencidos que existe um sub-registro da doença na área e no município, o que nos obriga a aumentar as ações de prevenção e o nível de informação a nossa população.

São cadastradas na UBS Mozar Correa, 28 gestantes, destas, sete têm menos de 18 anos de idade, sendo que 26 gestações não foram planejadas, segundo os ficheiros de registros da equipe.

O município tem dificuldades em referência para os demais níveis assistenciais, assim como para a realização de exames de elevada complexidade, existindo, deste modo, longas filas à espera de vagas, a contra referência não é feita como desejável, porém, existe uma busca constante, para o aprimoramento do atendimento, com conseqüente eficácia nos diversos níveis de atenção a saúde.

A identificação dos diferentes problemas de saúde existentes no território foi feita por meio da discussão do Diagnóstico Situacional de Saúde, pelo método da Estimativa Rápida (ER), baseados nas entrevistas aos principais líderes da comunidade, a utilização dos documentos e registros existentes no território, assim como da observação ativa da área, e pela informação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Fase1: Identificação dos principais problemas no território.

O problema é explicado por Campos, Farias e Santos (2010), como uma insatisfação de um ator que esteve à frente como componente da realidade que ele quer e pode modificar. A identificação dos problemas na área de abrangência é o ponto inicial para planejar uma ação direcionada na solução dos mesmos:

- 1-Elevado número de usuários com HAS na população maior de 35 anos
- 2-Elevado número de usuários com transtornos de saúde mental
- 3- Elevado número de gestações não planejadas
- 4-Baixo nível escolar dentre as pessoas maiores de 25 anos

Fase 2: Priorização dos problemas.

Depois da identificação dos problemas, a prioridade dos mesmos deve ser determinada tendo como critérios a Importância do problema, sua urgência, e a própria capacidade da equipe para enfrentá-los (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

O quadro 2 demonstra a priorização dos problemas da UBS Mozar Correa da Silva

Quadro 2: Priorização dos Problemas identificados da UBS Mozar Correa da Silva segundo os critérios de priorização:

UBS" Mozar Correa da Silva"					
No	Principais problemas	Importância	Urgência	Capac. de enfrentamento	Seleção
1	-Elevado número de usuários com HAS na população maior de 35 anos	Alta	7	Parcial	1
2	-Elevado número de usuários com transtornos da saúde mental	Alta	5	Parcial	3
3	-Elevado número de gestações não planejadas	Alta	6	Parcial	2
4	-Baixo nível escolar dentre as pessoas maiores de 25 anos	Alta	4	Fora	4

Fase 3: Descrição do problema selecionado.

Para a descrição do problema priorizado a equipe utilizou dados fornecidos pelo Sistema de Informação na Assistência Básica (SIAB) e outros que foram produzidos pela equipe durante a coleta de informações e revisões bibliográficas.

Na população da área de abrangência temos um total de 950 (23,8%) de pacientes com HAS e 675 (16,9%) pacientes com DM, apresentando-se, fundamentalmente, nas pessoas maiores de 35 anos, o que se configura como um problema de saúde pública, pois essas pessoas tornam-se mais susceptíveis a apresentar as complicações cardiovasculares, tais como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), Isquemias, dentre outros.

Tendo em conta os registros da equipe e nosso trabalho diário, podemos afirmar que ainda temos muitas pessoas que não sabem que possuem a doença, o que dificulta seu acompanhamento, assim como aqueles que sabem e ainda não conseguem mudar seus hábitos e estilos de vida, o que justifica ocasionais complicações da doença destas pessoas residentes na área. É importante ressaltar que temos muito que fazer no cuidado dos pacientes e na busca ativa de novos casos, pois ainda estamos muito abaixo da taxa esperada nesta doença.

Fase 4: Explicação do problema:

O objetivo da explicação do problema de acordo com Campos Faria e Santos (2010) é entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas. Em nosso caso, temos várias causas que geram o problema, podendo enunciar: hábitos e estilos de vida não saudáveis da população, má alimentação, tabagismo, uso excessivo do álcool, sedentarismo, uso exagerado de sal; e, como agravante, um baixo nível cultural, dentre as pessoas maiores de 25 anos, o que dificulta a compreensão da importância de mudar certos hábitos e estilos da vida que influi no surgimento e desenvolvimento da doença, assim como o baixo nível de informação sobre a doença. A baixa renda per capita e o difícil acesso aos empregos, também contribuem para dificultar, muitas vezes, a adoção de uma alimentação saudável.

Fase 5: Seleção dos "nós críticos "

O nó crítico é descrito por Campos, Farias, Santos (2010) como um tipo de causa de um problema que, quando "atacada" é capaz de, impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O "nó crítico" traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando a intervenção.

Nossa equipe definiu os seguintes nós críticos para o problema priorizado:

- 1- Nível de informação
- 2- Processo de trabalho da equipe da saúde
- 3- Hábitos e estilos de vida não saudáveis

2 JUSTIFICATIVA

Nossa UBS apresenta um índice considerável de hipertensos, de acordo com o SIAB, apresentando 950 casos de hipertensos, o que representa 23,8% da população total da área de abrangência; porém, acredita-se que o número possa ser ainda maior. Portanto, este estudo se justifica pela necessidade de intervenção da ESF no melhoramento da atenção oferecida aos hipertensos e na diminuição das complicações cardiovasculares da HAS.

A 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 (BRASIL, 2013; VI DBH, 2010).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no Mundo, sendo que sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com, mas de 70 anos (VI DBH, 2010). Portanto, percebe-se pelas estatísticas de Saúde Pública que a HAS tem alta prevalência e baixa taxa de controle, sendo que foi considerada pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão um dos mais importantes problemas de saúde pública, necessitando de intervenções efetivas para o seu combate (VI DBH, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar o atendimento oferecido na UBS aos hipertensos, a fim de diminuir o número das complicações cardiovasculares da HAS.

3.2 Específicos

- 1- Aumentar o nível de informação dos pacientes sobre a HAS;
- 2- Aperfeiçoar o processo de trabalho da equipe;
- 3- Modificar hábitos e estilos de vida não saudáveis.

4 METODOLOGIA

O projeto já percorreu algumas etapas do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FÁRIA; SANTOS, 2010). Transcorrendo por quatro momentos, desse modo, inicialmente tornou-se necessária a coleta de informações e dados onde utilizamos o método de ER que nos permitiu a elaboração do Diagnóstico Situacional da Unidade, a identificação dos principais problemas, além de informações que nos permitiram conhecer as causas e consequências dos mesmos e sua priorização para melhorar a abordagem. Em seguida, a descrição e explicação, e, por último, a elaboração do plano de ação.

Não obstante, foi realizada uma pesquisa bibliográfica. Segundo Moresi (2003, p. 29), a revisão de literatura é “a busca de informações e dados disponíveis em publicações – livros, teses e artigos de origem nacional e internacional e na internet, realizados por outros pesquisadores”.

Após realizar a pesquisa sobre HAS foi elaborado o plano de intervenção baseado no método PES e apresentado no próximo capítulo do presente trabalho. Vale ressaltar que o PES é um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que podem ser aplicados a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo, que almeja uma mudança situacional futura (CAMPOS; FÁRIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO DA LITERATURA

A HAS é conceituada pela VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010) como: “uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA”. Está associado com frequência elevada de alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e alterações metabólicas, como consequência maior o aumento do risco de eventos cardiovasculares que podem ser fatais e não fatais, mas que levam a grande prejuízo de qualidade de vida.

Dentre as doenças cardiovasculares, a HAS ocupa lugar em destaque por ser tratar da mais frequente delas, sendo considerada como o principal fator de risco para as complicações como AVE e IAM além da doença renal crônica terminal. A morbimortalidade é muito elevada e por isso a Hipertensão Arterial é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Como agravante, o diagnóstico e o tratamento adequados são comumente negligenciados, devido ao fato da doença ser, na maior parte do seu curso, assintomática (BRASIL, 2006).

Segundo Zaitune et al. (2006), a prevalência de hipertensão arterial é maior em alguns grupos da população como os idosos, pessoas com baixa escolaridade, migrantes e com sobrepeso ou obesidade. Assim, atenção especial deve ser empreendida para os indivíduos mais vulneráveis, com ações de prevenção, de controle e promoção à saúde.

É indicado que a aferição da PA seja realizada em toda avaliação médica, sendo que a medida casual ou de consultório ainda é o modelo de referência para o diagnóstico, apesar de terem outras formas que também podem verificar os níveis pressóricos. Depois de diagnosticado, o tratamento e a orientação adequada deveram ser instituídos (NOBRE, 2015).

Existem vários fatores de risco para hipertensão arterial e eles devem ser identificados para melhor manejo e acompanhamento de saúde dos pacientes. Dentre eles, podemos citar: a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, o nível de escolaridade, o status socioeconômico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais (ZAITUNE et al., 2006).

Os indivíduos com risco cardiovascular baixo e médio são classificados no estágio 1, onde a pressão arterial - PA se mantém entre 140 – 149 x 90 – 99 mm Hg ou no estágio 2 em que a PA fica nos valores de 150 – 179 x 100 – 109 mm Hg, respectivamente. Tais pacientes poderão ser beneficiados com valores de PA

atingidos < 140 x 90 mm Hg. Diferente desses grupos, aqueles hipertensos com comportamento limítrofe e risco cardiovascular alto ou muito alto ou com três ou mais fatores de risco ou ainda com DM, Síndrome Metabólica ou Lesões em Órgãos-Alvo; bem como aqueles com Doença Renal com perda proteica > 1 g por litro na diurese deverão ter metas mais severas a serem atingidas, com metas nos valores de PA a 130 x 80 mm Hg (NOBRE, 2015).

Para hipertensos moderados e graves, e para aqueles com fatores de risco para doenças cardiovasculares e/ou lesão importante de órgãos-alvo, é indicado o tratamento farmacológico. Entretanto, poucos hipertensos conseguem o controle ideal da pressão e, muitas vezes, é necessário mais de um único agente terapêutico (ZAITUNE et al., 2006).

A terapia farmacológica é constituída pelo o uso de medicamentos anti-hipertensivos, sendo os fármacos de primeira escolha para o início do tratamento os pertencentes as classes de Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina - IECA ou Bloqueadores de Receptor de Angiotensina – BRA, Bloqueador de Canais de Cálcio e/ou Diuréticos. Para pacientes não controlados com três drogas, a adição de um mineralocorticoide (espironolactona), um betabloqueador, um simpatolítico de ação central, um alfa-bloqueador ou vasodilatador de ação central podem ser algumas alternativas (WEBER et al., 2014).

De acordo com Weber et al.(2014) quando mesmo com uso de várias drogas a PA não é controlada, deve se ater à interação com outros medicamentos (anti-inflamatórios não-esteroidais, antigripais, antidepressivos tricíclicos, glicocorticoides, cocaína) ou sua adesão ao tratamento, sendo importante verificar se as medidas não farmacológicas estão sendo empregadas.

Assim, o Caderno da Atenção Básica, n. 37, de controle de HAS destaca que as modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão, inserindo hábitos de alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool e esses devem ser sempre aliados ao tratamento farmacológico quando indicado, para se obter um bom resultado no seguimento (BRASIL, 2013).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (os “nós críticos”) do problema selecionado.

As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. A seguir, nos quadros 3, 4, 5 detalha-se o desenho de operações para cada um dos “nós críticos” identificados.

Quadro 3: Desenho de operações para o “nó crítico” , Baixo nível de informação sobre a Hipertensão Arterial

Nó crítico 1	Baixo nível de informação sobre a Hipertensão Arterial.
Operação/Projeto	Saber + → Aumentar o nível de conhecimento da população sobre Hipertensão Arterial.
Resultados esperados	População com mais conhecimento sobre Hipertensão Arterial.
Produtos esperados	1. Avaliação do nível de conhecimento da população sobre Hipertensão Arterial; 2. Programa educativo na rádio local; 3. Programa de Saúde Escolar; 4. Capacitação dos ACS.
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional: organização da agenda; Político: articulação Inter setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Recursos críticos	Político: articulação Inter setorial. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Setor de comunicação social; Secretaria de Educação; Secretário de Saúde. Motivação: Favorável; Favorável; Favorável. Ações estratégicas de motivação: Não é necessária
Atores Sociais/ Responsáveis:	1 e 2 -. Equipe Básica de Saúde 3 e 4 – Enfermeira
Cronograma / Prazo	1. - Início em quatro meses e término em seis meses; 2 e 3.- Avaliações a cada semestre; 4.- Início em dois meses e término em 3 meses

Quadro 4: Desenho de operações para o “nó crítico”, Processo de trabalho da Equipe de Saúde inadequado:

Nó crítico 2	Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado
Operação/Projeto	<u>Linha de Cuidado</u> Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção aos pacientes Hipertensos.
Resultados esperados	Cobertura de 80% da população acima dos 15 anos..
Produtos esperados	1.Linha de cuidado para atenção à Hipertensos; 2.Protocolos implantados; 3.Recursos humanos capacitados; 4.Regulação implantada; 5.Gestão da linha de cuidado.
Recursos necessários	<u>Cognitivo:</u> elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; <u>Político:</u> Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; <u>Organizacional:</u> adequação de fluxos.
Recursos críticos	<u>Político:</u> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<u>Ator que controla:</u> Secretário Municipal de Saúde <u>Motivação:</u> Favorável <u>Ações estratégicas de motivação:</u> Não é necessário
Atores Sociais/ Responsáveis:	1. Enfermeira; 2, 3, 4 e 5. Coordenação da ABS
Cronograma / Prazo	Início em três meses e finalização em 12 Meses.

Quadro 5 :Desenho de operações para o “nó crítico” Hábitos e estilo de vida não saudáveis.

Nó crítico 3	Hábitos e Estilo de vida não saudáveis
Operação/Projeto	+Saúde → Modificar hábitos e estilos de vida.
Resultados esperados	Diminuir em 20% o número de tabagistas e obesos.
Produtos esperados	Programa de caminhadas; Programa educativo na rádio local; Capacitação dos ACS.
Recursos necessários	Organizacional: para caminhadas; Cognitivo: informação de estratégias; Político: conseguir local, mobilização social, articulação Inter setorial com a rede; Financeiros: para recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Recursos críticos	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiro: recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Setor de comunicação social; Secretaria de Educação; Secretário de Saúde Motivação: Favorável; Favorável; Favorável Ações estratégicas de motivação: Não é necessária
Atores Sociais/ Responsáveis:	Equipe Básico de Saúde.
Cronograma / Prazo	Três meses para o início das atividades.

Quadro 6-Gestão do Plano:

Operações	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre HAS	Equipe Básica	Três meses para o início	Em implantação		
Linha de cuidado Implantar linha de cuidado segundo os protocolos	Equipe Básica	Três meses para o início	Em implantação		
+Saúde Modificar hábitos e estilos de vida	Equipe Básica	Três meses para o início	Em implantação		

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da implementação das ações propostas no plano, há de haver uma melhor abordagem e acompanhamento dos pacientes portadores da HAS, como doença crônica que mais prevalece na população, além de diminuirmos as complicações cardiovasculares da doença, teremos uma população mais informada e preparada para se cuidar, assim como uma equipe mais consciente e comprometida com a população abrangente.

REFERÊNCIAS

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

Plano Municipal de Saúde de Lagoa Grande.MG 2014-2017 | Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Grande.MG, Prefeitura Municipal Lagoa Grande.MG.

.IBGE Cidades Mapa Municipal Estatístico, Atualização: 23/07/2010 em: ftp://geofp.ibge.gov.br/mapas_estatisticos/censo_2010/mapa_municipal_estatistico//mg/lagoa_grande_v2.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o sistema único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília. 2013. (Caderno de Atenção Básica, n.37).

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

DIRETRIZES. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão /Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, supl. 1, p. 1-51, 2010.

LAGOA GRANDE, Prefeitura Municipal de Lagoa Grande, MG. Disponível em: <http://lagoagrande.mg.gov.br/> Acesso em 10/06/2016.

MORESI, E. (Organizador), **Metodologia de Pesquisa**. Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2003.

NOBRE, F. Valores de Pressão Arterial para o diagnóstico e metas: análise crítica das Diretrizes mais recentes. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v.25, n. 1, p. 19-22, 2015.

WEBER, M.; SCHIFFRIN, E. L.; WHITE, W. B. et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community. A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. **The Journal of Clinical Hypertension**, p. 1-13, 2014.

ZAITUNE, M. P. A.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.2, p.285-94, 2006.