

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

LETICIA REYES GARCIA

ORIENTADORA: Prof.^a: Olinda Maria Gomes da Costa Vilas Boas.

ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DOS PACIENTES HIPERTENSOS USUÁRIOS
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA CÂNDIDO BERNARDES DO MUNICÍPIO DE
MONTE BELO/MG

CAMPOS GERAIS, MG

2016

LETICIA REYES GARCIA

ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DOS PACIENTES HIPERTENSOS USUÁRIOS
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA CÂNDIDO BERNARDES DO MUNICÍPIO DE
MONTE BELO/MG

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

Tutora: Prof.^a: Olinda Maria Gomes da Costa Vilas
Boas.

CAMPOS GERAIS – MG

2016

LETICIA REYES GARCIA

ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DOS PACIENTES HIPERTENSOS USUÁRIOS
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA CÂNDIDO BERNARDES DO MUNICÍPIO DE
MONTE BELO/MG

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

ORIENTADORA: Prof.^a: Olinda Maria Gomes da Costa Vilas Boas.

Banda Examinadora:

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

HAS	- Hipertensão Arterial Sistólica
PA	- Pressão Arterial
IC	- Insuficiência Cardíaca
IRC	- Insuficiência Renal Crônica
DCV	- Doença Cardiovascular
DAC	- Doença Arterial Coronária
PSF	- Programa da Saúde da Família
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
BVS	- Biblioteca Virtual em Saúde
PES	- Planejamento Estratégico Situacional
CMS	- Conselho Municipal de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
ANS	- Agência Nacional de Saúde
FMS	- Fundo Municipal de Saúde
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
APAE	- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	- Sistema Único de Saúde
COPASA	- Companhia de Saneamento de Minas Gerais
SBC	- Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH	- Sociedade Brasileira de Hipertensão
CAB	- Caderno de Atenção Básica.

SIOPS

- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Aspectos demográficos.....	13
Tabela 2 - Dados demográficos por faixa etária e porcentagens respeito á população total da UBS ano 2014 – MG.....	15
Tabela 3 - Nível de emprego da população maior de 14 anos do PSF Cândia Bernardes. Ano 2014. – MG.....	16
Tabela 4 – Morbidade de doenças crônicas não transmissíveis na área de abrangência. Ano 2014.....	17
Tabela 5 - – Morbidade de doenças crônicas transmissíveis na área de abrangência. Ano 2014.....	17
Quadro 1 – Priorização dos problemas encontrados na população do PSF Cândia Bernardes 2014 MG.....	25
Quadro 2 – Descrição do problema.....	26
Figura 1 – Árvore explicativa do problema.....	28
Quadro 3 - Desenho das operações para os nós críticos sobre o problema.....	31
Quadro 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento as operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema.....	32
Quadro 5 – Viabilidade do plano operativo.....	32
Quadro 6 - Plano operativo.....	35
Quadro 7- Propostas de ações para motivação dos atores.....	36
Tabela 6 - Resultados esperados após a implementação do plano.....	37

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistólica HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial PA. Associam-se, frequentemente as alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos- alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e as alterações metabólicas, com aumento de eventos cardiovasculares fatais ou não fatais. A abordagem correta da HAS é importante que seja feita não só com o tratamento farmacológico, também com educação sanitária baseada em incentivar mudanças de hábitos e estilos de vida inadequados que a população dentro da sociedade altamente modernizada tem vindo adotando. Esta doença apresenta alta morbimortalidade com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do seu diagnóstico precoce. Além do diagnóstico precoce o acompanhamento efetivo dos casos pela equipe é fundamental, pois o controle da PA reduz complicações que podem ser causas de óbito ou incapacidades nos pacientes. Para lograr a exemplaridade no trabalho da equipe a abordagem da HAS deve ser de forma personalizada envolvendo além da condição física do paciente o aspecto psicossocial que o rodeia. O objetivo de tal abordagem será o de oferecer aos pacientes os conhecimentos necessários para encarar de forma adequada a sua doença e conscientizá-los sobre a autonomia que devem ter respeito aos hábitos de vida saudáveis reafirmando também a importância que tem a família e a sociedade no acompanhamento do seu tratamento. Mediante um plano de ação que vai ser desenvolvido pela equipe de saúde, pretende-se trabalhar em conjunto e de forma planejada para atingir o objetivo principal que é melhorar a abordagem da HAS na população adscrita atuando sobre a causa do descontrole dos pacientes hipertensos.

Palavras chave: Atenção primária, Hipertensão, fator de risco.

ABSTRACT

The Systolic Hypertension is a multifactorial clinical condition characterized by high and sustained levels of Blood Pressure PA. Often it is associated with the functional and / or structural changes of target organs (heart, brain, kidneys and blood vessels) and metabolic changes, an increase of fatal or non-fatal cardiovascular events. The correct approach of hypertension is important that it be made not only to the pharmacological treatment, also with health education based on inadequate encourage changes in habits and lifestyles that people within the highly modernized society has vivid adopting. This disease has a high morbidity with significant lost quality of life, which reinforces the importance of early diagnosis. In addition to early diagnosis effective monitoring of cases by the team is critical because BP control reduces complications that can be causes of death and disability in patients. To achieve the exemplary team work in the HAS approach should be in a personalized way involving besides the patient's physical condition psychosocial aspect that surrounds it. The aim of such an approach will be to offer patients the expertise to properly face their illness and aware- them on the autonomy that they must have regard to healthy lifestyles also reaffirming the importance of the family and society in monitoring their treatment. Through an action plan that will be developed by the health team , we intend to work together and in a planned manner to achieve the main goal is to improve the approach of SAH in the enrolled population acting on the cause of uncontrolled hypertensive patients .

Keywords: Primary care, hypertension, risk factor.

SUMARIO

1-INTRODUÇÃO.....	1
1.1- Identificação do município.....	12
1.2- Histórico do município.....	12
1.3- Aspectos demográficos.....	12
1.4- Indicadores.....	13
1.5- Nível de escolarização.....	13
1.6- Sistema local de saúde.....	13
1.7- Recursos da comunidade.....	14
1.8- Dados da unidade básica.....	14
2-JUSTIFICATIVA.....	19
3-OBJETIVOS.....	19
3.1- Objetivo geral.....	19
3.2- Objetivos específicos.....	19
4-REVISAO DA LITERATURA.....	20
5- METODOLOGÍA.....	23
5.1: Identificação dos problemas.....	24

5.2: Priorização dos problemas.....	25
5.3: Descrição do problema.....	25
5.4: Explicação do problema.....	26
5.5: Identificação dos nós críticos.....	29
5.6: Desenhos das operações.....	29
5.7: Identificação dos recursos críticos.....	32
5.8: Análise da viabilidade do plano operativo.....	32
5.9: Elaboração do plano operativo.....	35
5.10: Gestão do plano.....	36
6- RESULTADOS ESPERADOS.....	37
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS.....	39

1- INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença que representa um dos maiores problemas em saúde pública no Brasil e no mundo, gerando elevado custo médico-social, principalmente por sua participação em complicações como na doença cerebrovascular, na doença arterial coronária (DAC), insuficiência cardíaca (IC), na insuficiência renal crônica (IRC), na retinopatia hipertensiva e a insuficiência vascular periférica (3).

A principal causa de morte em todas as regiões é o acidente vascular cerebral acometendo as mulheres em maior proporção. Alguns autores consideram que 40% das mortes por AVC e 25% das mortes por DAC são decorrentes da HAS. Por tanto a HAS é um dos fatores mais relevantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (4).

O tratamento farmacológico é indicado para hipertensos moderados e graves, e para aqueles com fatores de risco para doenças cardiovasculares ou lesão importante de órgãos alvo.

Por outro lado as intervenções não farmacológicas têm sido apontadas na literatura pelo baixo custo, risco mínimo e pela eficácia na diminuição da pressão arterial. Entre eles estão: a redução do peso corporal, a restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física. Deste modo, a intervenção não farmacológica presta-se ao controle dos fatores de risco e as modificações no estilo de vida, a fim de prevenir ou deter a evolução da Hipertensão Arterial (21).

O aumento dos níveis pressóricos é comum no dia a dia das equipes de atenção primária, portanto esse tema merece atenção de todos a fim de evitar-nos condutas precipitadas. A rotina de controle de PA torna esse nível de prevenção ainda mais necessário nas unidades básicas de saúde (2).

A unidade de saúde Cândido Bernardes tem 592 hipertensos com os quais a equipe faz um trabalho de acompanhamento e avaliação do aspecto físico e psicossocial. (12).

1.1-Identificação do município

Monte Belo é um município localizado na região sul/sudoeste de Minas Gerais e fica a cerca de 408 km da capital do estado. A população é de 13061 habitantes. ⁽¹²⁾.

O município abarca uma área de 421,286 km² e tem como municípios limítrofes os seguintes: Areado, Muzambinho, Nova Resende, Juruaia, Alterosa e Cabo Verde os quais estão ligados por rodoviárias. ⁽¹²⁾.

O município tem atualmente como prefeito o S.r. Humberto Fernandes Maciel, como secretário municipal de saúde o Sra. Marcellly de Cassia Martins.

1.2-Histórico do município

Em meados do século XIX, por doação de uma gleba de terras pelos proprietários do território daquela época, se construiu uma capela chamada Capela dos Lopes, posteriormente, favorecidos pelas terras férteis e o clima saudável, proporcionou a chegada de inúmeras famílias que se instalaram na região construindo fazendas, casas e comércios. O povoado passou a condição de distrito com a Lei provincial nº 3079 de 6 de novembro de 1882, cuja confirmação se deu pela Lei estadual nº 2 de 14 de setembro de 1891, onde foi elevado a categoria de município a 17 de dezembro de 1938 pela lei correspondente e, na data de 22 de junho de 1954 passou a ser sede da comarca instalando-se em 14 de agosto de 1955.⁽¹⁸⁾.

1.3 - Aspectos Demográficos

Tabela 1: Aspectos demográficos.

População total de Monte Belo: 13061

Faixa etária	0-1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-29 anos	30-39 anos	40-59 anos	60 e mais anos.	Total
Urbana	105	406	618	790	807	1435	1349	2303	1245	9058
Rural	38	161	245	294	322	657	632	1051	603	4003
Total	143	567	863	1084	1129	2092	1981	3354	1848	13061

Fonte: ministério da saúde/DATASUS ano 2013.

População urbana: 9058 habitantes, população rural: 4003 habitantes,

1.4- Indicadores

Taxa de crescimento anual: Não existem dados.

Densidade demográfica: 31 hab/ Km². (12).

1.5- Nível de escolarização.

- População alfabetizada acima de 15 anos: 9071.
- População analfabeta acima de 15 anos: 1049.
- Taxa de analfabetismo da população acima de 15 anos: 10.37%
- Índice de desenvolvimento da educação.

ID-M de educação: 0.567. Baixo. (12).

% usuário da assistência à saúde no SUS:

- Pessoas cobertas com plano de saúde: 1.425 para um 10.91%.
- Beneficiários de planos de saúde (em % da população): 10.61%. (1).

1.6-Sistema local de saúde.

O conselho municipal de saúde (CMS) esta formado por 7 conselheiros membros efetivos e 7 conselheiros suplentes com regularidades das reuniões, mensais e quando é necessário se planeja uma extraordinária.

Fundo municipal de saúde (FMS): O orçamento aproximado destinado á saúde no ano 2015 foi 6145250 reais oriundos de recursos próprios e vinculados. (17).

Programa da saúde da família: Implantação: implantado desde o ano 2008 com a construção do PSF Candido Bernardes. Cobertura: 32.99% da Zona urbana; Equipes de Saúde da Família: 1; Equipes de Saúde Bucal: 1; APAE: 01 (equipe

formada por fonodólogo, fisioterapeuta, terapia ocupacional, pediatra, orientadores); NASF: 0.

Sistema de referência e contra referência: Está estabelecido nos protocolos o sistema de referência aos especialistas tendo como macrorregião a cidade de Alfenas e como microrregião Guaxupé.

Recursos humanos em saúde: Médicos: Clínico geral: 3; Ginecologistas: 2; Especialista em medicina geral integral: 1; Psiquiatra: 1; Radiologista: 1.

Enfermeiros: 6; Técnico-Auxiliares de Enfermagem: 9; Agentes Comunitários de Saúde: 6.

Forma de vínculo: Processo Seletivo / Efetivos (Técnico/Auxiliar Enfermagem)

Carga horaria semanal: 40 horas e Horário de trabalho: 07 às 16h. (7).

Epidemiologia: Existe uma alta incidência de doenças crônicas não transmissíveis e de hábitos tóxicos (Tabagismo, alcoolismo e consumo de drogas). As principais causas de óbitos são as doenças crônicas não transmissíveis (AVC, infarto agudo do miocárdio, as doenças pulmonárias obstrutivas crônicas) e acidentes. (8).

1.7-Recursos da comunidade.

Como instituições de saúde o município conta com 2 postos de saúde rurais nos distritos de Jureia e Santa Cruz de Aparecida, 1 PSF, 1 Centro de Saúde Municipal, 1 Laboratório de Diagnostico Clínico, 1 Hospital/Maternidade, 1 APAE (associação de pães e amigos dos excepcionais), 1 Lar de idosos e 1 farmácia da rede de MG.

Creches: 4; Escolas: 5; Igrejas: 13; Bancos: Banco do Brasil: 1; Bradesco: 1; SICOOB: 1; Correios: 1; Telefonias: As operadoras são: Vivo e TIM que dão cobertura na área.(12).

1.8-Dados da unidade básica:

O PSF Cândido Bernardes encontra se localizado no bairro Jardim Hortência a 1km do centro da cidade, com fácil acessibilidade, consta com uma população adscrita de 3470 habitantes e um total de famílias de 1115 foi construída no ano 2008 no mandato do prefeito Ronaldo Teixeira. A área de abrangência do

PSF abarca 9 bairros da zona urbana do município Monte Belo chamados(Bom Jesus, Por do Sol, Eldorado, São Mateus, Centro, Vila Nova, Cohab, Jardim das Hortênsias, Nova Monte Belo). As tabelas e quadros seguintes sintetizam os dados coletados por ocasião do diagnostico situacional da equipe. Os dados foram conseguidos a partir de bases de dados secundarias como o SIAB, entrevista a informantes chaves e a observação direta. (8).

TABELA 2: Dados demográficos por faixa etária e porcentagem respeito á população total do PSF ano 2014.

População urbana.

Faixa etária	Numero	Porcentagens %
< 1 ano	28	0.81
1-4	149	4.29
5-9	263	7.58
10-14	262	7.55
15-19	311	8.96
20-39	1068	30.78
40-49	493	14.21
50-59	409	11.79
60 e +	487	14.03
Total	3470	100

Fonte: SIAB,2014

Aspectos ambientais da comunidade:

A estrutura de saneamento básico na comunidade é adequada, das 1115 famílias o total delas esta conectada a rede geral de esgoto, é importante esclarecer que existe uma pequena parte da população que mora em moradias com precária estrutura e apresentam condições higiênicas desfavoráveis facilitando a presença de alguns focos de Aedes Aegypti encontrados principalmente em quintais. O município presta o serviço de coleta de resíduos sólidos, com caminhões que passam pelas ruas durante a semana. Infelizmente algumas pessoas ainda não se conscientizaram, e depositam seus lixos nas ruas colocando em risco a saúde da coletividade. Relacionado ao abastecimento de agua a totalidade da população tem acesso á agua potável a

traves da companhia de saneamento básico COPASA. (Entrevista a pessoas chave).

Aspectos socioeconômicos:

As principais fontes de economia da população adscrita são a agricultura familiar com predominância nas lavouras de café, cana e pequenos cultivos de arroz e feijão localizados na periferia da cidade, a prestação de serviços e a economia informal. (8).

TABELA 3: Nível de emprego da população maior de 14 anos do PSF Cândido Bernardes, ano 2014.

	<i>Numero</i>	<i>Porcentagem %</i>
População total de maior de 14 anos	2802	100 %
População maior de 14 anos estudando	551	19.66
População maior de 14 anos empregados com carteira assinada	454	16.20
População maior de 14 anos na economia informal	587	20.94
População maior de 14 anos autônomos	234	8.35
Desempregados	363	12.95

Fonte: entrevista a pessoas chave e SIAB

Aspectos epidemiológicos da população adscrita do PSF Cândido Bernardes:

Sobre as hospitalizações devemos destacar que durante o período de Janeiro a Dezembro de 2014 ocorreram 343 hospitalizações de usuários da área de abrangência da equipe sendo 16 por gravidez parto e puerpério, 2 crianças menor de 5 anos com pneumonia, 2 crianças com desidratação, 7 por abuso de álcool, 28 por complicações de Diabetes, 15 em hospital psiquiátrico, 2 por

fratura do colo do fêmur e 278 por outras causas (dentro de elas 176 por complicações da Hipertensão Arterial).⁽⁸⁾.

TABELA 4: Morbidade de doenças crônicas não transmissíveis na área de abrangência. Ano 2014

DOENÇAS CNT	NUMERO	PORCENTAGEM %
Hipertensão	592	17.06
Diabetes mellitus tipo II	145	4.17
Hipotireoidismo	105	3.02
Cardiopatias	96	2.76
Epilepsia	21	0.60
Alcoolismo	31	0.89
Total	990	28.53

Fonte: SIAB.

TABELA 5. Morbidade de doenças transmissíveis da área de abrangência, ano 2014

DOENÇA T	NUMERO	PORCENTAGEM %
Doença diarreica aguda	7	0.20
Doença respiratória aguda	14	0.40
Hepatite	0	0
Tuberculose	0	0
Hanseníase	0	0
Dengue	0	0
Total	21	0.60

Fonte: SIAB

Produção da equipe em 2014:

Durante o ano 2014 foram realizadas 1850 consultas médicas com media mensal de 129 consultas, 64 atendimentos individuais de enfermeiros, 309 curativos, 270 injeções, 45 retiradas de pontos, 18 puericulturas e 163 consultas prenatales.

Em relação às doenças crônicas se conseguiu dar um total de 1077 consultas a usuários hipertensos distribuídas em 2 consultas ao ano e 310 consultas a pacientes diabéticos com 3 consultas ao ano, atendimento do grupo de educação em saúde: 2 e reuniões 10.

Recursos humanos: O PSF Cândido Bernardes consta com 13 trabalhadores: 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnico de enfermagem, 6 agentes comunitárias de saúde, 1 psicóloga, 1 odontologista, 1 recepcionista e 1 faxineira.

Recursos materiais: O PSF Cândido Bernardes apresenta boas condições estruturais, consta com salão de espera, salas para consultas médicas, consulta de psicologia, consultório odontológico com uma cadeira, sala de enfermagem, de curativos e uma sala de reuniões. Na área de serviços costa com 2 banheiros, cozinha e amacem de recursos. (8, entrevista a pessoa chave).

2-JUSTIFICATIVA.

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensos não controlados entre os usuários da unidade de saúde 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.

3-OBJETIVOS.

3.1- Objetivo geral.

- Desenvolver ações de saúde para melhorar a abordagem da HAS na população inscrita do PSF Cândido Bernardes do Município de Monte Belo, Minas Gerais.

3.2- Objetivos específicos.

- Determinar as principais causas de descontrole dos pacientes com HAS.
- Melhorar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico dos pacientes com HAS.
- Aumentar a informação e a educação sanitária sobre a HAS na população inscrita.
- Melhorar o trabalho da equipe de saúde da família na abordagem da HAS.
- Lograr o controle adequado dos pacientes com HAS.

4- REVISÃO DA LITERATURA.

A Hipertensão é um dos fatores de risco mais importantes e mais prevalentes para o desenvolvimento de aterosclerose, é de natureza crônica e geralmente se desenvolve sem sintomas durante muitos anos. ⁽⁹⁾ A sua elevada morbimortalidade só vem à tona 15 a 20 anos após o seu início. Por todas estas razões, é um desafio da saúde mundial. Portanto, todos os esforços para a detecção precoce da doença, e a adesão adequada ao tratamento, são justificadas. O objetivo por trás de tais esforços é para controlar os níveis de pressão arterial e ter um impacto favorável sobre as doenças cardíacas, vasculares cerebrais, renais e complicações vasculares periféricas da doença. ⁽¹³⁻¹⁵⁾ Programas e políticas de saúde para controle da hipertensão visam diminuir as complicações, internações hospitalares e mortes relacionadas à hipertensão. Além disso, eles pretendem reduzir a prevalência da doença hipertensiva; aumentar o grau de conhecimento da população sobre a importância do controle da pressão arterial; garantir o acesso aos serviços de saúde primários e medicamentos para hipertensos; e incentivar programas de base comunitária. ⁽¹⁰⁾

No ano 2000 estimou-se que a Hipertensão afeta cerca de 972 milhões de adultos em todo o mundo e em 2025 é esperado um aumento de 60% nesse total o que representa cerca de 1,56 mil milhões de adultos afetados.

De acordo com dados do Ministério da Saúde do sistema de informação de mortalidade (Sistema de Informação sobre Mortalidade, SIM), em 2005, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por cerca de 28% de todas as mortes, ou seja, 283.927 indivíduos. Entre estes, as principais causas foram infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. ⁽⁵⁾

A Hipertensão Arterial (HAS) é o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares (DCV), sendo uma condição clínica associada a elevada mortalidade. Salienta-se ainda que cerca de 80% dos hipertensos possuem comorbidades com Diabetes, Dislipidemia, Tabagismo ou história familiar de

ateromatose. A simultaneidade de fatores de risco cardiovasculares mostrou-se comum em estudo realizado no sudeste Brasileiro. ⁽¹⁵⁾ Um aspecto relevante desse fato é que a combinação destes fatores de risco para o desenvolvimento de DCV é maior do que a soma dos mesmos tomados isoladamente. ⁽¹⁹⁾ Assim a abordagem do hipertenso deve levar em conta características de cada indivíduo como coexistência outros fatores de risco e lesões de órgãos alvo. ⁽¹⁶⁾ Para essa abordagem individualizada é necessária à estratificação do hipertenso baseando-se em níveis pressóricos e fatores de risco associados. Essa estratificação é uma maneira de calcular o risco cardiovascular global e projetar o risco de um indivíduo ao longo do tempo, com vistas à redução da mortalidade por DCV, mais do que simplesmente adequação dos níveis pressóricos. É também uma forma compreensível de explicar ao paciente como a adesão ao tratamento pode reduzir o risco cardiovascular. ⁽¹⁶⁾ São muitos os fatores identificados que contribuem para a elevação dos níveis pressóricos, entre os quais se destacam idade avançada, etnia negra, obesidade, consumo excessivo de álcool, sedentarismo, dislipidemias, diabetes mellitus e alto teor de sódio na alimentação ⁽¹⁹⁾. Deste modo, para tornar o controle da hipertensão mais eficaz, torna-se indispensável, além do seu tratamento, também o controle de seus fatores de risco.

Um dos maiores desafios no combate à hipertensão arterial ainda se deve à não adesão ao tratamento ⁽¹⁴⁾. A adesão, segundo Leite e Vasconcelos¹⁰, corresponde à concordância entre a prescrição médica e a conduta do próprio paciente. Porém, são muitos os fatores que contribuem para a falta de adesão, tais como as dificuldades financeiras, o maior número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a inadequação da relação médico-paciente, a característica assintomática da doença e a sua cronicidade ⁽¹¹⁾.

O Programa Saúde da Família (PSF) começou em 1994. O seu objetivo é promover a saúde para os indivíduos de uma forma holística, integrada e contínua, através de prestação de cuidados para as famílias e comunidades. Ele também tem o objetivo de melhorar a qualidade de vida e se concentrar em questões biopsicológicas, econômicas, culturais e sociais. Mesmo que a Sociedade Brasileira de Hipertensão tem critérios bem

definidos para o tratamento da hipertensão com medicamentos, e apesar da existência de estratégias de controle, em alguns casos, sem medidas farmacológicas, os índices de controle ainda são baixos. Tal controle é complexo por várias razões, incluindo o custo da medicação, a necessidade de combinar mais de um medicamento, efeitos colaterais, a baixa adesão ao tratamento, e as dificuldades relacionadas com o acesso e utilização dos serviços de saúde ⁽⁶⁾.

Essa falta de controle da hipertensão também pode ser encontrada em países desenvolvidos, onde menos de 25% dos pacientes com esta doença têm seus níveis de pressão arterial controlada, enquanto nos países em desenvolvimento este número não chega a 10%. Por este motivo, as ações que envolvem mudanças na dieta e estilo de vida têm sido mais recomendadas ⁽²⁰⁾.

5-METODOLOGÍA.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do 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. Para o levantamento bibliográfico de sustentação teórica foram utilizadas as bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), a pagina virtual de pesquisa LILACS utilizando-se como descritores as palavras Hipertensão Arterial e atenção primaria, publicações do Governo Federal, especialmente do Ministério da Saúde e o Banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Foram utilizados também documentos municipais como o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Monte Belo/MG, Plano municipal de saúde, relatório anual de gestão e outros documentos e registros da equipe de saúde.

Além disso, foram utilizados os dez passos do plano de ação contido no módulo 2: planejamento de avaliação das ações em saúde que está presente no curso de especialização em medicina de saúde e comunidade ministrado pela Universidade Federal de Minas Gerais.

5.1: Identificação dos problemas:

Após da coleta dos dados que caracterizam a comunidade abscrita de nosso PSF utilizando diferentes métodos de estimação rápida como a entrevista á informantes chave, observação ativa e procura em fontes secundarias como registros, a equipe realiza a escolia dos diferentes problemas que afetam a nossa comunidade mediante uma reunião na qual cada integrante ofereceu sua opinião sobre os dados recopilados e a influencia de eles no estado de saúde da população dando-lhes escolia aos seguintes problemas:

- Presença de focos de *Aedes Aegypti* em algumas moradias com condiciones higiênicas desfavoráveis. Este problema ainda não tenha uma incidência muito alta na comunidade por a situação epidemiológica do país respeito ao dengue foi considerado um problema a ter em conta.
- Disposição inadequada de lixo em alguns pontos da área de abrangência: este aspecto é importante por estar diretamente relacionado com o aumento de vetores na área o qual é um risco para a transmissão de doenças infecciosas.
- Numero elevado de pessoas desempregadas: Ainda que o número de pessoas não seja muito elevado representando só um 13% da população maior de 14 anos é considerado um problema por influir diretamente na presencia de atitudes e hábitos negativos que afetam a comunidade.
- Consumo de álcool e drogas dentro da comunidade: é importante por o dano que provoca na comunidade tanto no aspecto social e epidemiológico.
- Numero elevado de usuários hipertensos não controlados: Este problema tem uma repercussão notável no estado de saúde da comunidade e

representa uns dos aspectos mais negativos na qualidade dos serviços de saúde que oferece a unidade.

5.2: Priorização dos problemas:

Quadro: 1 Priorização dos problemas encontrados na população do PSF Cândido Bernardes 2014

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Presença de focos de <i>Aedes aegypti</i> em algumas moradias com condições higiênicas desfavoráveis	Alta	7	Parcial	2
Disposição inadequada de lixo sólido e líquido em alguns pontos da área de abrangência	Alta	6	Parcial	3
Numero elevado de pessoas desempregadas	Alta	5	Pouca	5
Consumo de álcool e drogas dentro da comunidade	Alta	6	Parcial	4
Numero elevado de usuários hipertensos não controlados	Alta	7	Parcial	1

Total de pontos distribuídos: 31.

5.3: Descrição do problema:

Pela repercussão que tem no estado de saúde da comunidade adscrita escolhemos como problema principal o elevado número de usuários hipertensos não controlados. Para justificar a magnitude que tem este problema na nossa comunidade é importante destacar que os 592 representam um 21,4 % da população maior de 15 anos, de eles tivemos um total de 200 usuários não controlados nas pesquisas ativas feitas por a equipe o qual representa um 33,7 % dos usuários hipertensos cadastrados e com acompanhamento na nossa unidade de saúde e durante o período de janeiro a dezembro de 2014 se registrarem 176 internações por descontrole da doença. Na seguinte tabela registramos outros aspectos que fundamentam o problema escolhido:

Quadro: 2 Descrição do problema

HIPERTENSOS		Adesão a hábitos de saúde inadequados	Ausência de alguma medicação	Deficiente conhecimento da doença	Falta de apoio familiar	Baixo nível cultural	Internações
Grupo de idade	Numero						
15-39 anos	98	82	41	86	15	22	10
40-64 anos	233	220	52	211	20	36	72
65 e, mais	261	227	61	256	45	54	94
Total	592	529	154	553	80	112	176

Como podemos apreciar na tabela anterior dos 592 hipertensos a maioria deles são influenciados por fatores de risco que são a causa principal dos períodos de descontrole da doença os quais não atuam de forma isolada e sem afetando em conjunto um individuo. Outro aspecto a ressaltar é a prevalência do fenómeno em usuários em a faixa etária de 65 e mais anos com 227 hipertensos e que os principais fatores de risco são: a adesão a hábitos inadequados de saúde, a ausência de alguma medicação e o deficiente conhecimento sobre a doença e suas complicações.

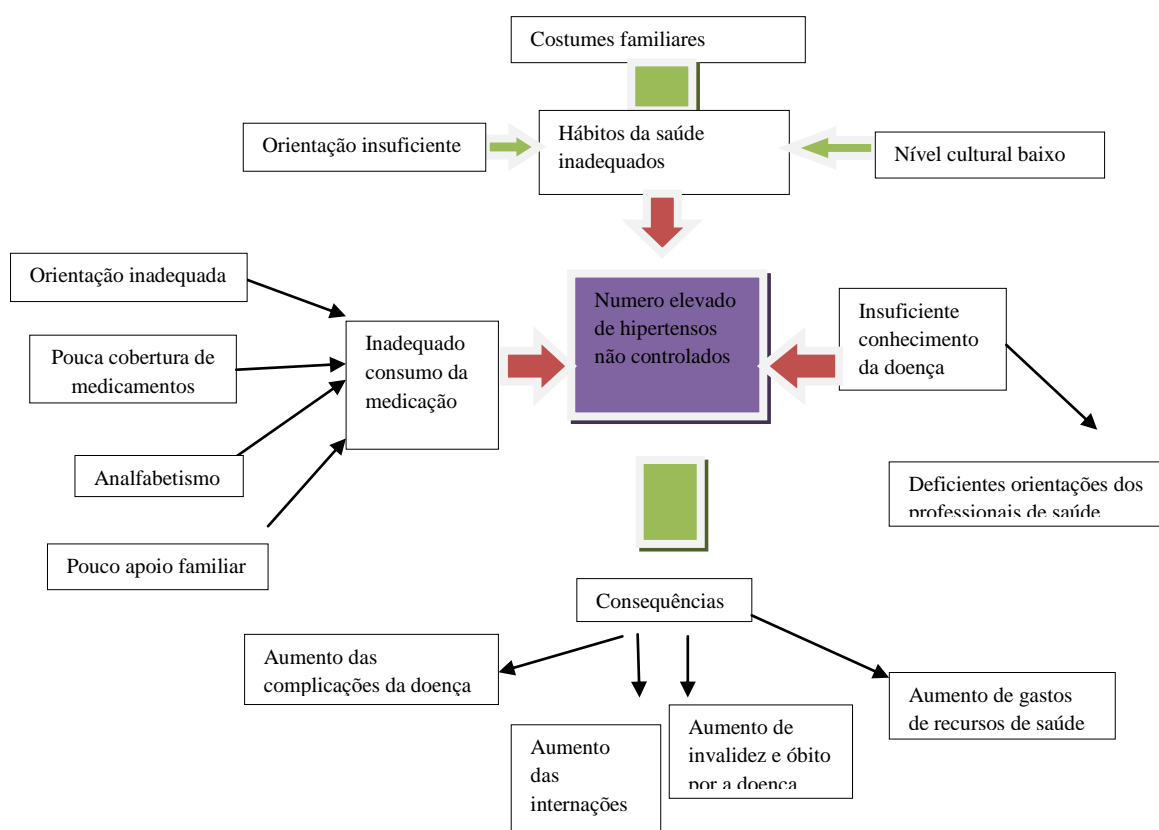
5.4: Explicação do problema.

Principais causas do descontrole da hipertensão nos usuários: Adesão a Hábitos de saúde inadequados; Hábitos e costumes familiares; Orientações insuficientes por parte dos profissionais da saúde sobre o tema (dieta, sedentarismo, tabagismo); Baixo nível cultural dos usuários; Inadequado consumo da medicação; Orientações / prescrições inadequadas; Dificuldades para compreensão das prescrições por analfabetismo; Pouca cobertura dos medicamentos anti-hipertensivos nas farmácias da rede do SUS; Pouco apoio da família; Deficientes conhecimentos dos usuários sobre a doença; Poucas orientações dos profissionais da saúde aos usuários sobre a hipertensão os cuidados e complicações da doença.

Consequência do aumento de usuários com descontrole da doença:

Incremento das complicações da doença entre os usuários afetados, aumentos das internações, aumento de invalidez e óbito por a doença e incremento de gastos e demandas dos recursos de saúde do município.

Figura: 1 Árvore explicativa do problema.



Autor: Leticia Reyes Garcia

5.5: Identificação dos nós críticos.

1- Relacionado com o trabalho da equipe: falta de ação por parte da equipe sobre os fatores de risco que acrescentam o problema, dificuldade no acompanhamento dos hipertensos e problemas para transmitir orientações sobre a Hipertensão.

2 – Relacionado com o usuário: dificuldade na compreensão das orientações do Profissional da saúde, escolaridade baixa, pessoa de poucos recursos, falta de apoio familiar.

3 – Relacionado com recursos: escassos recursos materiais e humanos para a difusão da educação sanitária necessária para prevenir as complicações da hipertensão e ausência de alguns medicamentos anti - hipertensivos nas farmácias da rede.

Considerando nó crítico como causa a ser solucionada para a resolução do problema principal, foram elegíveis alguns pontos da governabilidade da equipe. Eles são:

- Hábitos e estilos de vida inadequados.
- Não adesão ao tratamento.
- Deficientes conhecimentos sobre HAS na população.

5.6: Desenhos das operações.

Definido o problema principal e os nós críticos existentes, procurou-se elaborar um plano de ação para que objetivos possam ser alcançados. Para o nó crítico hábitos e estilos de vida inadequados foi elaborado um plano: Projeto Aprendendo a Viver com Saúde, cujo objetivo elaborado foi à proposição da mudança dos hábitos e estilos de vida da população. Para tanto se espera a diminuição no consumo de sal num 50% dos pacientes Hipertensos e o estímulo à prática de exercício físico, alcançados por meio de programas de orientação populacional na unidade de saúde.

Para a consecução das atividades, será necessário um local para o desenvolvimento das palestras e atividades educativas, a contratação de profissionais para o acompanhamento durante as atividades físicas e recurso financeiro para a realização das ações descritas.

Para o nó crítico não adesão ao tratamento, foi desenvolvido o Projeto Medicação responsável. Tem-se como objetivo mudar atitudes e criar responsabilidade do usuário ante o tratamento da hipertensão para diminuir o número de hipertensos descompensados mediante a capacitação do usuário hipertenso respeito ao tratamento farmacológico e não farmacológico, para a abordagem deste ponto crítico e importante além do conhecimento do Profissional da saúde recursos financeiros para adquirir os medicamentos e políticos como a coordenação intersectorial necessária para levar a cabo o plano.

A abordagem do nó crítico deficiente conhecimento da população sobre HAS vai ser feita mediante o Projeto Vivendo com hipertensão que tem como principal objetivo transmitir informações básicas sobre saúde e a forma de reconhecimento de sintomas e manejo mínimo da condição clínica.

A informação sobre doenças crônicas para a população visa quebrar mitos e informar sobre conceitos básicos em saúde. Foi proposto disponibilizar recursos financeiros para a confecção dos materiais cognitivos para a elaboração e gestão das campanhas e organizacional para o recrutamento de pessoal.

Quadro 3: Desenho das operações para os nós críticos sobre o problema.

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Inadequados hábitos de saúde alimentação (alto consumo de sal), Sedentarismo e tabagismo.	PROJETO APRENDENDO A VIVER COM SAÚDE Mudar hábitos e estilos de vida da população.	Incrementar o conhecimento e melhorar hábitos e estilos de vida em nossa população.	Educação e capacitação da população	Cognitivo: informação sobre o tema, organizacional: grupos de apoio para capacitação da população de risco e recursos económicos para facilitar a divulgação da informação.

Falta de adesão ao tratamento da hipertensão.	<p>PROJETO MEDICAÇÃO RESPONSÁVEL</p> <p>Mudar atitudes e criar responsabilidade do usuário ante o tratamento da hipertensão</p>	Diminuir usuários com descontrolo da doença por no consumo da medicação adequadamente	Educação e capacitação do usuário hipertenso	<p>Financeiro: abastecimento de medicamentos.</p> <p>Político: articulação Inter setorial.</p> <p>Cognitivo: informação sobre o tema.</p>
Deficiente conhecimento sobre hipertensão em nossa população.	<p>PROJETO VIVIENDO COM HIPERTENSÃO</p> <p>Aumentar os conhecimentos desta doença nos usuários portadores de HAS.</p>	Diminuir o índice de complicações em usuários hipertensos.	Educação e capacitação da população.	<p>Cognitivo: informações sobre o tema.</p> <p>Organizacional: ativar grupos de capacitação.</p>

5.7: Identificação dos recursos críticos.

Quadro 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento as operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema.

Operação/projeto	Recursos críticos
Projeto Aprendendo a Viver com Saúde	Organizacional: organizar grupos de apoio e capacitação. Financeiro: materiais necessários.
Projeto Medicação Responsável	Financeiro: abastecimento de medicamentos. Político: articulação intersectorial.
Projeto Vivendo com Hipertensão	Organizacional: ativar grupo de capacitação. Financeiro: materiais necessários.

5.8: Análise da viabilidade do plano operativo.

Quadro 5 – Viabilidade do plano operativo.

Operações/Projetos	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos		Ações Estratégicas
		Ator controlador	Motivação	
Projeto Aprendendo a Viver com Saúde	<p>Organizacional: Local para o desenvolvimento das campanhas de educação para saúde.</p> <p>Financeiro: Para ajudar na compra de materiais necessários.</p>	Secretário de Saúde	Indiferente	Elaborar e demonstrar o projeto
		Secretário de saúde	Indiferente	
		Prefeito do Município	Indiferente	

<p>Projeto Medicação Responsável</p>	<p>Político: articulação Inter setorial.</p> <p>Financeiro: medicação faltante.</p>	<p>Prefeito do município.</p> <p>Secretário de Saúde</p> <p>Profissional responsável da rede de farmácia do município.</p>	<p>Indiferente</p> <p>Indiferente</p>	<p>Apresentar o projeto com as altas estatísticas do fenómeno estudado e a repercussão positiva que tem sobre o município a intervenção do problema de saúde</p>
<p>Projeto Vivendo com Hipertensão</p>	<p>Organizacional: Local para o desenvolvimento das campanhas de educação para a saúde.</p> <p>Política: Ajuda política para o local a utilizar.</p> <p>Financeiro: Para ajudar na compra de materiais necessários.</p>	<p>Secretário de Saúde</p> <p>Secretário de saúde</p> <p>Prefeito do Município</p>	<p>Indiferente</p> <p>Indiferente</p> <p>Indiferente</p>	<p>Elaborar e demonstrar o projeto</p>

5.9: Elaboração do plano operativo.

Quadro 6 – Plano operativo.

Operações	Resultados	Propostas de intervenção	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Projeto Aprendendo a Viver com Saúde	Reduzir num 20% o consumo de sal, tabaco, e gorduras e o sedentarismo em nossa população.	Campanhas educacionais no posto de saúde.	Elaborar e demonstrar o projeto	Marcelly e Carlenis	6 a 12 meses
Projeto Medicação Responsável	Aumentar a cobertura dos medicamentos para os usuários com a doença.	Coordenação com a rede de farmácia sobre os medicamentos faltantes e a possibilidade de substituí-los ou repô-los.	Apresentar o projeto com os dados encontrados que comprovam a necessidade e a repercussão positiva que tal projeto trará para o município	Leticia, Marcelly e Ana Paula.	6 a 12 meses
Projeto Vivendo com Hipertensão	Aumentar os conhecimentos de nossos pacientes e toda a população sobre a hipertensão.	Campanhas educacionais no posto de saúde e nas comunidades.	Elaborar e demonstrar o projeto	Carlenis e Estela.	6 a 12 meses

5.10: Gestão do plano.

Operação: Educação dos Usuários do SUS

Coordenação: Enfermeiras e ACS.

Quadro 7: Proposta de ações para motivação dos atores.

Produtos	Responsável	Prazos	Situação atual	Justificativa
Palestras Conversas com os usuários hipertensos e com riscos.	ACS, psicóloga, Enfermeira.	6 meses	Organização	Planejar ações, juntar recursos necessários e desenvolver mudanças saudáveis.

6- RESULTADOS ESPERADOS

Com a elaboração e implantação do plano de intervenção, espera-se obter os resultados expressos no quadro seguinte:

TABEL 6 - Resultados esperados após a implementação do plano.

Resultados Esperados	
1	Reduzir em 50% o número de pacientes com hábitos alimentares inadequados e estimular atividade física
2	Aumentar a informação dos pacientes sobre a doença.
3	Acompanhar o 100% dos pacientes com HAS
4	Quebrar mitos e aplicar conceitos básicos em saúde
5	Melhorar a qualidade do atendimento.
6	Lograr maior entendimento e adesão ao tratamento.
7	Aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste estudo, torna-se necessário tecer algumas considerações. Dentre elas, a elevada prevalência da HAS e sua repercussão negativa no estado de saúde das comunidades de nosso município é o que motivou a realização deste trabalho.

As doenças crônicas, em especial a Hipertensão Arterial Sistêmica, tem alta prevalência na população atendida no centro de saúde Cândido Bernardes de Monte Belo, MG. O tratamento inadequado da hipertensão traz, como consequência, alta demanda dos serviços de saúde gerando custos clínicos e econômicos.

A literatura mostra que modificações do estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico, bem como na prevenção das complicações advindas ao descontrole dos níveis pressóricos. A equipe de Atenção Primária deve incentivar a alimentação adequada e prática de atividade física, cessação do tabagismo e alcoolismo, a fim de reduzir os fatores de risco cardiovasculares.

Aliado ao estilo de vida saudável, a equipe de saúde deve acompanhar a adesão ao uso de medicamentos necessário para alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.

Para atingir estes objetivos propostos, o apoio do núcleo familiar e da equipe de saúde são elementos fundamentais para abordagem dos fatores de risco e controle da Hipertensão na população.

REFERÊNCIAS:

- 1- AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE. 2013.
- 2- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento á demanda espontâneo: queixas mais comuns na Atenção Básica – Brasília, 2013. 129 p: il. – (CAB n^o 28, Volume 2 primeira edição, segunda reimpressão).
- 3- BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistémica. CAB n^o 15. Brasília – DF. 2006.
- 4- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crónica, Hipertensão Arterial Sistémica. CAB, n^o 37. Brasília – DF, 2013.
- 5- BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Mortalidade - Brasil. Disponível a partir de: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
- 6- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n^o 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova como Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e fazer Programa de Saúde da Família. Disponível a partir de: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21_Portaria_1886_de_18_12_1997.pdf. Acessado em 2011 (31 de agosto).
- 7- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. 2014.
- 8- BRASIL. Ministério da Saúde. SIAB.2014.

- 9- CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P. SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110.
- 10-CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P. SANTOS, M.A. Elaboração do plano de ação. In: CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p: il.
- 11-CORREA, E. J. ; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. Iniciação á metodologia científica: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. 96 P. il
- 12-IBEGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística. 2014.
- 13--Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, et al. Carga global da hipertensão: análise de dados em todo o mundo. *Lancet*. 2005; 365 (9455): 217-23.
- 14-LEITE SN, VASCONCELLOS MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cien Saude Colet* 2003; 8(3):775-782.
- 15-RAMOS, ACMF, Seixas TC, Rocha CRM, Monteiro GTR, Farias AMRO. Avaliação transversal do Controle da hipertensão em larga escala Programa de [avaliação transversal de hipertensão arterial em um controle maciço programa]. *J Bras Med*. 2001; 81 (3): 63-70.
- 16-SBC, SBH,. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(Supl. 1):1-51.
- 17-SIOPS. Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde. 2015.
- 18-PREFEITURA DE MONTE BELO, MB. www.montebelo.mg.gov.br.

- 19-VAN EYKEN EBBD, MORAES CL. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. Cad Saude Publica 2009; 25(1):111-123.
- 20-VAN GOOL CH, KEMPEM GI, PEN NINX BW, DEEG DJ, VAN EIJK JT. Doenças crônicas e estilo de vida transições: resultados do Estudo Longitudinal de Envelhecimento Amsterdam. J Saúde do Idoso 2007; 19: 416-38.
- 21- ZAITUNE. MPA. et al Hipertensão Arterial em idosos prevalência, fatores associados e práticos de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Artigo,p:285, 286,Ced. Saúde Pública, Rio de Janeiro fev, 2006.