

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

ANILEC OLIVA GUTIERREZ

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO ACOMPANHAMENTO
DA HIPERTENSÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CÍCERO ILDEFONSO
DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE/MG**

BELO HORIZONTE/MG

2015

ANILEC OLIVA GUTIERREZ

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO ACOMPANHAMENTO
DA HIPERTENSÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CÍCERO ILDEFONSO
DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Estratégia
Saúde da Família na Universidade Federal de
Minas Gerais, como requisito parcial para a
obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

BELO HORIZONTE/MG
2015
ANILEC OLIVA GUTIERREZ

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO ACOMPANHAMENTO
DA HIPERTENSÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CÍCERO ILDEFONSO
DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Estratégia
Saúde da Família na Universidade Federal de
Minas Gerais, como requisito parcial para a
obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca Examinadora

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Profa. Rosiene Maria de Freitas

Aprovado em Belo Horizonte, ____ / ____ /2015.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar à minha supervisora Juliana dos Santos pela compreensão e apoio durante a realização desta pós-graduação.

Agradeço ainda equipe do NESCON pela ajuda durante este processo de crescimento pessoal e profissional.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Unidade Básica de Saúde Cícero Idelfonso, por renovar em mim o desejo de ser um profissional e uma pessoa melhor.

*“Dificuldades e obstáculos são fontes
valiosas de saúde e força para qualquer sociedade”*

Albert Einstein

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica representa o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares e seu diagnóstico precoce vem sendo enfatizado como importante estratégia na saúde pública. No Brasil, estudos apontam uma prevalência de hipertensão arterial sistêmica que varia de 22 a 44 % da população adulta. Primeiramente realizou-se um diagnóstico situacional pelo método da estimativa rápida na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 03 (Centro de Saúde Cícero localizada em Belo Horizonte/MG) para conhecer melhor o problema existente e, então, eleito o nó crítico “Hipertensão Arterial”. Este estudo propôs um Plano de Ação para o aumento da adesão de hipertensos já cadastrados na UBS. Para o embasamento científico foi realizada uma revisão de literatura com artigos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros e os módulos do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, disponíveis na Plataforma Agora/UFMG como critério de inclusão foram selecionados artigos publicados entre 2009 e 2014. Já o Plano de Ação foi elaborado seguindo o método Planejamento Estratégico Situacional com a priorização do problema que é a baixa adesão ao tratamento de pacientes hipertensos. O estudo mostrou que o aumento do conhecimento da doença, aliado à prática de estilo de vida saudável garante um adequado controle e diminui o risco de complicações posteriores.

Descritores: Adesão. Hipertensão Arterial. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The hypertension represents the main risk factor for cardiovascular diseases and its early diagnosis has been emphasized as an important public health strategy. In Brazil, studies indicate a prevalence of hypertension ranging from 22 to 44% of the adult population. Primarily a situational diagnosis by rapid estimation method in the area of family health Team 03 (Cicero health center located in Belo Horizonte/MG) to learn more about the existing problem and then elected the critical node "Hypertension". This study proposed a plan of Action to increase the participation of registered already in hypertensive UBS. For the scientific basis was performed a literature review with articles available in database as: Virtual Health Library, Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, SCIELO, among others and the modules of the course of specialization in the family health strategy, available on the Platform Now/UFGM as inclusion criteria were selected articles published between 2009 and 2014. Already the plan of action was elaborated following the Situational strategic planning method with the prioritization of the problem is the low treatment adherence of hypertensive patients. The study showed that the increase of knowledge of the disease, combined with the practice of healthy lifestyle ensures a proper control and decreases the risk of subsequent complications.

Key Words: Adhesion. Hypertension. Primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

CNPJ- Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

COPASA- Companhia de Saneamento de Minas Gerais

DM- Diabetes Mellitus

ESF- Estratégia Saúde da Família

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEB- Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

IMC- Índice de Massa Corporal

MG- Minas Gerais

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

NESCON- Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

ONU – Organização das Nações Unidas

PES- Programa de Educação em Saúde

PSF- Programa Saúde da Família

PUC- Pontifícia Universidade Católica

SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

SISREDE- Sistema de Informação Saúde em Rede

SUS- Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição demográfica da população da equipe de saúde da família 03, Centro de Saúde Cícero Ildfonso	25
TABELA 2: Classificação da Hipertensão Arterial	33
TABELA 3: Identificação e priorização dos problemas da ESF Azul	40
TABELA 4: Desenho das operações para os nós críticos da baixa adesão ao tratamento dos hipertensos	43
TABELA 5: Identificação dos recursos críticos	44
TABELA 6: Análise da viabilidade do plano	44
TABELA 7: Cronograma do plano de ação	45
TABELA 8: Gestão do plano	46

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** O município de Belo Horizonte está dividido em nove administrações regionais (Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova), cada uma delas, por sua vez, dividida em vários bairros 18
- Figura 2:** Evolução do número de equipes de saúde da família (2002- 22
2013)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 JUSTIFICATIVA	27
3 OBJETIVOS	29
4 METODOLOGIA	30
5 REVISÃO DA LITERATURA	32
5.1 A Hipertensão	32
5.2 Epidemiologia	35
5.3 Fatores de risco	36
5.4 Controle e Prevenção da HAS	37
6 PLANO DE AÇÃO	40
6.1 Identificação do problema	40
6.2 Priorização do problema	40
6.3 Descrição do problema selecionado	41
6.4 Explicação do problema	41
6.5 Seleção dos “nós” críticos	42
6.6 Desenho das operações para os “nós” críticos	42
6.7 Identificação dos recursos críticos	44
6.8 Análise da viabilidade do plano	44
6.9 Elaboraões do Plano Operativo	45
6.10 Gestão do plano	46
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
8 REFERENCIAS	49

1 INTRODUÇÃO

Estima-se que a pressão arterial alta causou inúmeras mortes. Há fortes evidências científicas da saúde, benefícios relatados redução da pressão arterial através de intervenções individuais e de base populacional (comportamentais e farmacológicos). A prevalência global da hipertensão arterial (definida como pressão sistólica ou diastólica pressão arterial igual ou superior a 140/90 mm Hg) em adultos acima de 18 anos e mais velhos foi de 22% em 2014. Há muitos fatores modificáveis que têm um impacto nas altas taxas de prevalência de hipertensão arterial. Globalmente, a detecção, tratamento e controle são insuficientes devido à precariedade dos sistemas de saúde, particularmente em nível de cuidados primários (RENÉ SANTOS, 2011)

- 17,3 milhões de óbitos em 2008 afetados por doenças cardiovasculares; destes, 9,4 milhões apresentaram complicações para a hipertensão;
 - 80% das mortes causadas por doenças não transmissíveis ocorrem em países de baixa renda;
 - A hipertensão é responsável pelo menos por 45% das mortes globais por doença cardíaca e 51% de todas as mortes por acidente vascular cerebral
- Estima-se que cerca de 40% dos adultos no mundo com mais de 25 anos tem hipertensão;
- A maior prevalência de hipertensão ocorre na região da África (46% dos maiores de 25 anos) e o mais baixo nas Américas (35%) (HOEPFNER, 2010).

Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 e os anos 90, revelam valores de prevalência nas diferentes regiões do território nacional: até 40,3% na região Nordeste; até 37,9% na região sudeste; até 27,1%, na Região Sul até 16,75% na Região Centro-Oeste. As doenças crônicas não transmissíveis, segundo a OMS, são atualmente a principal causa de mortalidade no mundo. No Brasil, as doenças cardiovasculares constituem hoje a principal causa de morte (SILVA *et al.*, 2006).

A oportunidade de participar do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CEESF) veio de encontro aos meus desejos de prosperar profissionalmente e oferecer um serviço de melhor qualidade para a população.

Nossa Equipe de Saúde da Família (ESF) é umas das múltiplas localizadas na Região Oeste do Município Belo Horizonte.

Belo Horizonte é um município brasileiro, capital do segundo estado mais populoso do Brasil, estado de Minas Gerais. Possui área de aproximadamente 330 km², com geografia diversificada (morros e baixadas). Cercada pela Serra do Curral, que é uma referência histórica. O município faz limites com Nova Lima e Brumadinho ao sul; Sabará e Santa Luzia a leste; Santa Luzia e Vespasiano ao norte; e Ribeirão das Neves, Contagem e Ibirité a oeste (BELO HORIZONTE....2014).

A população do município de acordo com a mais recente estimativa realizada pelo IBGE em 2013 é de 2 479 175 habitantes, sendo o mais populoso município de Minas Gerais, o terceiro da Região Sudeste, depois de São Paulo e Rio de Janeiro, e o sexto mais populoso do Brasil (BELO HORIZONTE....).

O estado de Minas Gerais foi habitado por índios do tronco linguístico Macro-jê (tronco linguístico cuja constituição ainda permanece consideravelmente hipotética). Teoricamente estende-se pelos estados brasileiros de : Rio Grande do Norte, Ceará Paraíba, Maranhão, Pará, Bahia, Goiás, Tocantins, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. As línguas do tronco Macro-jê legaram algumas palavras para a língua portuguesa, embora não de modo tão expressivo quanto as línguas do tronco Tupi. Geralmente são topônimos da Região Sul do Brasil com origem na língua Caingangue, como Goioerê, Xanxerê, Erechim, Erebangó, Campo Erê, Goioxim, Nonoai etc.) Futuramente essas tribos seriam quase exterminadas pela ação dos bandeirantes procedentes de São Paulo, que chegaram à região em busca de escravos e de pedras preciosas. A grande faixa de terras ao largo do Rio das Velhas assenhoreadas pelo bandeirante Paulista Bartolomeu Bueno da Silva (mais tarde Anhanguera II), veio seu primo e futuro genro, João Leite da Silva Ortiz, à procura de ouro. Ele ocupou, em 1701, a Serra dos Congonhas (mais tarde Serra do Curral) e suas encostas,

onde estabeleceu a Fazenda do Cercado, base do núcleo do Curral del Rei. No local, desenvolveu uma pequena plantação e criou gado, com numerosa escravatura. O progresso da fazenda atraiu outros moradores (MINAS....2014).

A topografia da região favoreceu o estabelecimento de povoados trabalhando na agricultura e à vida pastoril. Algumas poucas fábricas, ainda primitivas, instalaram-se na região, onde se produzia algodão e se fundia ferro e bronze. Das pedreiras, extraía-se granito e calcário, e frutas e madeiras eram comercializadas para outros locais. Das trinta ou quarenta famílias inicialmente existentes, a população saltou para 18 mil habitantes (MINAS....2014).

A capital de Minas Gerais, foi a cidade de Ouro Preto, mas não apresentava alternativas viáveis ao desenvolvimento físico urbano, o que gerou a necessidade de transferência da capital, e que através do governador Augusto de Lima instituiu-se que a capital fosse construída nas terras do arraial de Belo Horizonte. Em 1893, o arraial foi elevado à categoria de município e capital de Minas Gerais, sob a denominação de Cidade de Minas. Em 1897, em ato público solene, o então presidente de Minas, Crispim Jacques Bias Fortes, inaugurou a nova capital, que em 1901, seu nome foi modificado para Belo Horizonte.

Entre as décadas de 1930 e 1940 houve o avanço da industrialização, além da criação do Conjunto Arquitetônico da Pampulha, inaugurado em 1943. Na década de 1960, a cidade tornou-se metrópole, com ampliação dos municípios vizinhos e a cidade atingiu mais de um milhão de habitantes.

No início da década de 90, a cidade era marcada pela pobreza e degradação, com 11% da sua população marcada pela miséria absoluta e com 20% das crianças sofrendo de desnutrição. O restante da década de 1990 foi marcado pela valorização dos espaços urbanos e pelo reforço da estrutura administrativa do município, com a aprovação em 1990 da Lei Orgânica do Município e do Plano Diretor da cidade, em 1996. A gestão municipal se democratizou com a realização anual do Orçamento participativo.


Atualmente, Belo Horizonte tem se destacado pelo desenvolvimento do setor terciário da economia: o comércio, a prestação de serviços e setores de tecnologia de ponta (destaque para as áreas de biotecnologia e informática). Alguns dos investimentos recentes nesses setores são as implantações do

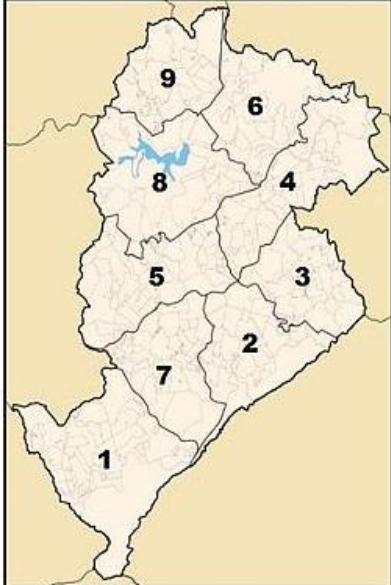
Parque Tecnológico de Belo Horizonte e do moderno centro de convenções Expo Minas.

A idade comporta eventos importantes como congressos, convenções, feiras, eventos técnico-científicos e exposições, tem fomentado o crescimento dos níveis de ocupação da rede hoteleira e do consumo dos serviços de bares, restaurantes e transportes. O setor artístico-cultural, principalmente pelas políticas públicas e privadas tem sido estimulado através da realização de eventos fixos em nível internacional e o crescimento do número de salas de espetáculos, cinemas e galerias de arte.

A cidade de Belo Horizonte foi planejada e construída para ser a capital política e administrativa do estado mineiro sob influência das ideias do positivismo. Já foi indicada pelo *Population Crisis Committee*, da ONU, como a metrópole com melhor qualidade de vida na América Latina e a 45ª entre as 100 melhores cidades do mundo. Hoje a cidade tem o quinto maior PIB entre os municípios brasileiros, representando 1,33% do total das riquezas produzidas no país (BELO HORIZONTE....2014)

FIGURA 1: O município de Belo Horizonte está dividido em nove administrações regionais (Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova), cada uma delas, por sua vez, dividida em vários bairros.

Administrações Regionais				
	Regional	População	Superfície (km²)	Densidade ¹
1	Barreiro	262.194	53,51	4.899,9
2	Centro-Sul	258.786	31,53	8.207,6
3	Leste	256.311	28,52	8.987,1
4	Nordeste	274.060	39,59	6.922,5
5	Noroeste	337.351	38,16	8.840,4
6	Norte	194.098	33,21	5.844,6
7	Oeste	268.124	33,39	8.030,1
8	Pampulha	145.262	47,13	3.082,2
9	Venda Nova	242.341	27,80	8.717,3
	 Belo Horizonte ²	2.452.617	330,95	7.410,8



Notas: (1)Os dados de população e área das regionais são do PNUD/2000.¹²⁹ (2)Os dados referentes à população do município são da projeção populacional do IBGE/2008.¹³⁰

Fonte: DATASUS (2014).

A cidade é mundialmente conhecida e exerce significativa influência nacional e internacional, do ponto de vista cultural, econômico e político. Conta com importantes monumentos, parques e museus, como o Museu de Arte da Pampulha, Museu de Artes e Ofícios, Museu de Ciências Naturais da PUC Minas, Circuito Cultural Praça da Liberdade, Conjunto Arquitetônico da Pampulha, Mercado Central e a Savassi, além de eventos de grande repercussão, como o Festival Creamfields Brasil, o Festival Internacional de Teatro, Palco e Rua (FIT-BH), Festival Internacional de Curtas e o Encontro Internacional de Literaturas em Língua Portuguesa. É também nacionalmente conhecida como a "capital nacional dos botecos", por existirem mais bares per capita do que em qualquer outra grande cidade do Brasil.

Belo Horizonte possui uma área total de 330,95 km². Segundo o IBGE no ano 2000, a cidade tinha 628 447 domicílios entre apartamentos, casas, e cômodos. Desse total 463 876 eram imóveis próprios. A maior concentração habitacional está na região noroeste do município.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o déficit habitacional no país é de 7,2 milhões de moradias. Segundo estimativas do Plano Local de Habitação de Interesse Social (Plhis), de 2010, no município de Belo Horizonte o déficit habitacional gira em torno de 62 mil moradias (BELO HORIZONTE....2014).

Na capital mineira, 22% da população total da cidade vive em ocupações irregulares, distribuídas em 209 áreas de ocupação informal. Conjuntamente estas áreas irregulares perfazem uma população estimada de 507.378 habitantes e 125.629 domicílios, distribuídos em uma área aproximada de 15,7 km² dos 335 km² do Município. Isto indica que os 22% da população de vilas e favelas ocupam apenas 5% do território municipal apontando para uma marcada disparidade no processo de ocupação do solo na cidade (BELO HORIZONTE....2014).

O Índice de Desenvolvimento Humano do município é considerado alto, de acordo com dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Sua taxa de Urbanização é de 100%, e a renda média familiar mostra a desigualdade salarial entre domicílios dos bairros de Belo

Horizonte, que varia mais de 2.000%, de acordo com dados do Censo 2010 divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisas revelam que em bairros da Região Centro-Sul de Belo Horizonte, a renda mensal média chega a R\$ 15 mil por residência. Enquanto a de moradores de bairros populares não ultrapassa R\$ 710.

A Companhia de Saneamento é a COPASA, que é responsável pelo abastecimento de água tratada no município Belo Horizonte e de todo o estado de Minas Gerais. O recolhimento de esgoto por rede pública também é feito pela COPASA que atende aproximadamente 65% da população, com 129 estações de tratamento de esgoto em operação, com projeção de melhorias futuras.

As principais atividades econômicas que se destacam em Belo Horizonte são a agricultura, mineração (aço e seus derivados, ouro, manganês e pedras preciosas, etc), com grande desenvolvimento na indústria têxtil e produção de automóveis. É também um centro cultural, com grandes universidades, museus culturais, bibliotecas, espaços de arte, etc. É conhecido como um centro de excelência em biotecnologia, ciência da computação, medicina e turismo.

Quanto aos aspectos demográficos, a idade apresenta uma taxa de crescimento anual de 1,30 % a densidade demográfica é de 7.167,02 hab./km², com uma proporção de 14,2% de moradores abaixo da linha de pobreza (dados de 2000). Em 2010, 95,6% da população vivia acima da linha de pobreza, 3% encontrava-se entre as linhas de indigência e de pobreza e 1,4% estavam abaixo da linha de pobreza.

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) no Estado de MG é de 63,8% (sendo que no Brasil é de 63,7%), e a taxa de escolarização de 73,7%.

A porcentagem de população usuária da assistência à saúde no SUS é de 75% (DATASUS, 2014).

O sistema local de saúde, conta com o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, criado oficialmente em 3 de junho de 1991 e é regulado pela Lei Federal nº 8.142/90 e pelas Leis Municipais nº. 5.903/91 e nº. 7.536/98. O CMSBH funciona em caráter permanente, deliberativo e colegiado, com a função de atuar na formação de estratégias da política de saúde, controle da

execução da política de saúde, inclusive seus aspectos econômicos e financeiros. Portanto, os conselhos fiscalizam e aprovam as contas da Secretaria Municipal de Saúde, representando a população na saúde pública. A representação dos segmentos do conselho é: 50% de usuários (eleitos nos movimentos comunitários, associações de moradores, associações dos portadores de deficiência, movimentos de mulheres e aposentados, entre outros que possam existir no município), 25% de trabalhadores da área da saúde - sindicatos gerais e sindicatos de categorias profissionais (eleitos em plenárias específicas dos segmentos, que devem ser convocados pelo CMSBH) e 25% de Governo e prestadores de serviços - gestores da saúde, prestadores públicos, filantrópicos, privados e formadores de recursos humanos (indicados pelo chefe do Poder Executivo Municipal). Em Belo Horizonte, são 36 conselheiros titulares e 36 suplentes. As reuniões ordinariamente acontecem uma vez por mês e as reuniões extraordinárias são agendadas de acordo com a demanda de discussões às quintas-feiras, no Plenário Conselheiro Evaristo Garcia (auditório da Secretaria Municipal de Saúde), situado na Avenida Afonso Pena, 2.336, 14ª andar. Funcionários.

O Fundo Municipal de Saúde é uma unidade orçamentária dentro da Secretaria Municipal de Saúde e não uma unidade gestora. Os recursos financeiros da saúde são repassados fundo a fundo, de modo que se o município não constituir o CNPJ ficará sem receber os recursos. Os recursos que se destinam ao financiamento de ações e serviços de saúde deverão ser separados do montante de receitas municipais administrado por sistema de caixa único, para compor um fundo especial, o Fundo Municipal de Saúde.

A cidade ganhará sete Unidades de Pronto Atendimento, sendo três novas unidades e quatro substituições, e duas novas maternidades (Maternidade Venda Nova e a do Hospital Odilon Behrens). Até 2016 serão construídos 19 centros de saúde e 61 serão substituídos por novas unidades, números que se somarão aos 147 centros de saúde existentes hoje. Os novos postos e os reformados terão infraestrutura com farmácia, sala de coleta, sala de aplicação de vacinas, consultórios odontológicos e instalações para profissionais como ginecologistas, médicos de saúde da família e profissionais de apoio, permitindo um atendimento adequado ao cidadão.

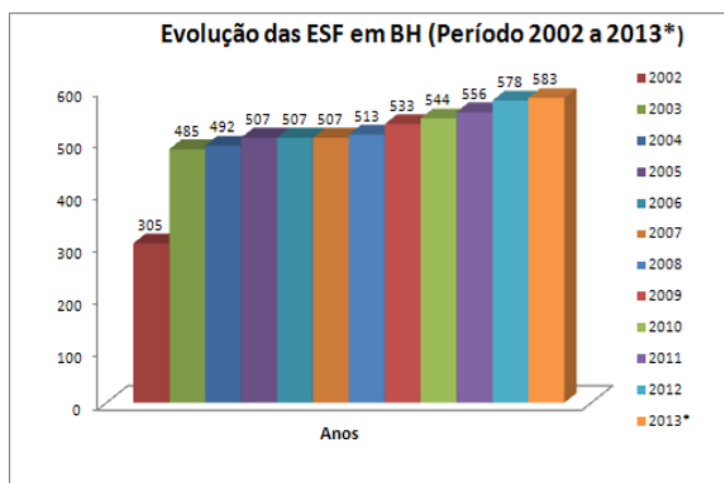
O Programa Saúde Família nos centros de saúde que constituem a rede Básica de Saúde, com uma taxa de cobertura em BH de 75% (DATASUS, 2014). Belo Horizonte conta com 147 centros de saúde, distribuídos nos nove Distritos Sanitários: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. As unidades básicas de saúde são responsáveis pelas ações voltadas para a população da área de abrangência, funcionam de segunda a sexta-feira, e devem ser as primeiras a serem procuradas no caso de alguma necessidade de tratamento, informações ou cuidados básicos de saúde. São 556 equipes de saúde da família, formadas por um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Dos 147 centros da capital, 58 também possuem equipes de Saúde Mental e 141 oferecem atendimento odontológico. Há também em algumas unidades assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e médicos homeopatas e acupunturistas, psicóloga, psiquiatra e outros médicos de apoio. Já as equipes de zoonoses dos centros de saúde são responsáveis por controlar as doenças transmitidas por mosquitos e outros animais. Nas unidades o usuário pode se consultar, acompanhamento de doenças crônicas, vacinar-se, retirar medicamentos com receita médica, fazer consultas odontológicas, receber orientações sobre saúde em geral, além de outros serviços. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde: Centros de Saúde: 147; Academias da Cidade: 63; Centros de Especialidades Médicas: 10; Unidades de Pronto-Atendimento: 8; Centros de Referência em Saúde Mental: 10; Demais equipamentos: 108; Equipes de Saúde da Família: 583 ; Equipe de saúde mental: 58; Equipes de NASF: 58.

Figura 2: Evolução do numero de equipes de saúde da família. 2002-2013

Número de Equipes de Saúde da Família, BH - 2002-2013*

	Nº equipes	Cobertura populacional
2002	305	46,92
2003	485	74,75
2004	492	75,83
2005	507	78,14
2006	507	78,14
2007	507	78,14
2008	513	79,06
2009	533	82,15
2010	544	79,02
2011	556	80,76
2012	578	83,00
2013*	583	84,31

OBS: (*) refere-se dados do 1º quadrimestre 2013



Dados 2013 referentes :janeiro a abril

Fonte: DATASUS (2014).

O município conta com uma unidade do NASF, implantado no ano de 2008. Conta também com centro de atenção psicossocial. Há 01 centro de especialidade odontológica na cidade. O Conselho Municipal de Saúde do município é composto por 12 membros. As reuniões ocorrem toda primeira 3ª feira do mês.

O sistema de referência e contra referência é um modo de organização dos serviços, configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, que visa assegurar a atenção integral aos usuários através da hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos, reforçando vínculos em diferentes dimensões: intra-equipes de saúde, inter - equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes.

As redes de média e alta complexidade no contexto do SUS constituem um conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde. Embora a atenção básica em saúde seja entendida como a base orientadora do sistema e sua porta de entrada preferencial tendo uma visão integral da assistência à saúde para sua população adstrita, os procedimentos realizados diretamente em seus serviços não são suficientes para suprir as necessidades dos pacientes do SUS. A definição e coordenação dos sistemas de redes integradas de assistência de

alta complexidade é atribuição do Ministério da Saúde. Existe em Belo Horizonte 09 centros de Especialidades, 04 Unidades de referência secundária 01 Policlínica, 01 Núcleo de cirurgia ambulatoria, 01 Centro Municipal Oftalmológico, 01 Centro municipal de Imagem e 08 Ambulatórios de Convergência.

Em relação aos recursos humanos em Saúde, cada ESF possui 1 médico de família, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 3 ou 4 agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Cada profissional tem carga horária semanal de 40h, exceto os médicos que podem ter 20h, sendo que dessas há necessidade de dedicação mínima de 32h para atividades na ESF podendo ser dedicadas até 8h para prestação serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial. O Núcleo de apoio à Saúde da família (NASF) é composto por médico acupunturista, assistente social, profissional/professor de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, médicos ginecologista/obstetra, pediatra, psiquiatra, geriatra internista, médico do trabalho, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, médico veterinário, profissionais com formação em arte e educação (Arte educador), sanitarista. Os profissionais do NASF devem cumprir horário nunca inferior a 20h semanais.

O nível de Alfabetização vem se ampliando nos últimos 30 anos, tanto no município como no país (no Brasil, a taxa de analfabetismo é de 13,6%). Os maiores índices de analfabetismo na capital encontram-se nas faixas etárias que vão de 45 a 59 anos (7,0%) e de 60 anos ou mais (14,9%). Entre a população de 10 aos 19 anos de idade, a taxa de analfabetismo é de 1,5%, situando Belo Horizonte entre as cinco capitais brasileiras com menor número de analfabetos também nesta faixa etária. O número de unidades de ensino educacional chega a 1.346. Destacam-se importantes universidades públicas e privadas, muitas delas consideradas centros de referência em determinadas áreas. As instituições públicas de ensino superior sediadas em Belo Horizonte são: a Universidade Federal de Minas Gerais, o Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais, a Escola de Governo da Fundação João Pinheiro

a Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG). Entre as instituições privadas, destacam-se instituições como a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) e a Fundação Dom Cabral (BELO HORIZONTE....2014).

Belo Horizonte, em relação à economia, tem boas perspectivas de política de emprego e renda no país, a Prefeitura, criou o programa MELHOR EMPREGO, que visa ampliar a participação do cidadão no mercado de trabalho local, incentivando as empresas já instaladas e atraindo novas para parcerias que tenham como foco a qualificação social e profissional e a absorção do trabalhador qualificado.

A unidade básica de saúde Cícero Ildefonso, encontra-se situada na Regional Oeste da cidade; na área central do bairro Cabana; com 2 vias de acesso: uma pela Av Amazonas e a outra pela via ao Cemitério da Colina; com funcionamento desde as 7 as 17 horas diárias. Conta com um total de 92 recursos humanos distribuídos nas seguintes profissões: Médicos de PSF, Médicos referencia de especialidades (Clinico Geral, Pediatria, Obstetra); Licenciados em enfermagem, Auxiliar de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Administrativos, Estagiários, Agentes de Combate, Psicóloga, Fisioterapeuta, Auxiliar de limpeza, Porteiro, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Farmacêutico, Cirurgião dentista, Auxiliar de dentista, Gerente adjunto, Gerente. A área física não e muito extensa, mas e muito bem aproveitada; tem: 5 salas de equipe, 4 consultórios de apoio (Clinica Medica, Pediatria, Obstetrícia, NASF), 1 sala de avaliação do agudo e agendamento, 1 sala de enfermeiro, 1 sala de zoonoses, 2 salas de acolhimento/agendamento, 1 farmácia, 1 recepção, 1 vacina, 1 coleta, 1 sala de odontologia com 3 consultórios, 1 recepção, cozinha, gerencia, além dos banheiros dos usuários e funcionários.

No caso da equipe 03 do Centro de Saúde, as características demográficas da área de abrangência esta distribuída como:

Tabela 1: Distribuição demográfica da população da equipe de saúde da família 03, Centro de Saúde Cicero Idelfonso.

Nº DE INDIVIDUOS	< 1 ANO	1-4 ANOS	5-9 ANOS	10-14 ANOS	15-19 ANOS	20-24 ANOS	25- 39 ANOS	40-59 ANOS	>=60 ANOS	TOTAL
AREA URBANA	44	153	186	284	368	317	849	676	305	3182
AREA RURAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	44	153	186	284	368	317	849	676	305	3182

Fonte: DATASUS (2014).

A população está classificada de alto risco, porém as ações de saúde são encaminhadas tendo em consideração a demanda dos habitantes; os quais são muito atendidos dentro do Centro, mas na moradia também. Como parte da estratégia de trabalho da equipe 03, tem prioridade aqueles que mais precisam da atenção, como está estabelecida entre os princípios do SUS: a equidade. As principais causas de doença são: Doenças crônicas não transmissíveis (DM, HAS); Saúde Mental (Drogo dependência; Alcoolismo; Tabagismo). Entre as principais causas de morte, podemos mencionar: Acidentes, Doenças do Coração, Câncer, Mortes Violentas, etc.

Para identificar as causas de por que os hipertensos não fazem acompanhamento pelo ESF fez entrevistas algumas dessas pessoas. Após a análise reconhece-se que os pacientes também enfrentam dificuldades para realizarem o adequado acompanhamento, tais como:

- Baixa escolaridade;
- Desconhecimento sobre a hipertensão e baixa percepção do risco de apresentar a doença;
- Desconhecimento da importância do controle da pressão arterial;
- Estrutura dos serviços de saúde;
- Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema;
- Às barreiras de acesso ao serviço.

Depois de explicado o problema e identificadas as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito.

2 JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares são atualmente responsáveis por aproximadamente 40% da mortalidade mundial. A hipertensão arterial sistêmica representa o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares e seu diagnóstico precoce vem sendo enfatizado como importante estratégia na saúde pública. A prevalência de hipertensão no Brasil varia de 24,8% a 44,4%. (BRASIL, 2006)

No estudo realizado por Cipullo *et al.* (2009) a prevalência estimada e ajustada da hipertensão para essa população foi de 25,23%. A prevalência de hipertensão aumentou progressivamente e significativamente com a idade até os 69 anos. A prevalência de hipertensão foi similar em mulheres e homens; exceto no grupo etário ≥ 79 anos de idade.

Moreira *et al.* (2011) concluíram que a utilização de consulta médica era maior naqueles que referiram HAS do que os que não referiram. Verificou-se maior utilização de consultas médicas por indivíduos que declararam saúde ruim/muito ruim.

Por outro lado Piccini *et al.* (2012) mostrou que não houve associação entre haver consultado médico no último ano e cifras tensionais descompensadas. A proporção de hipertensos descompensados foi significativamente menor entre os que foram orientados para manter o peso ideal, realizar atividade física e os que fizeram eletrocardiograma.

Silva *et al.* (2012) analisou a importância de atitudes de reforço e estímulo familiar em relação ao tratamento realizado ou incentivo do profissional de saúde para retorno do usuário ao tratamento. A adesão ao tratamento é um fator complexo de ser avaliado, pois consiste em um processo comportamental influenciado pelo meio ambiente, profissionais de saúde, cuidados de assistência médica percepção e estratégias de enfrentamento as adversidades, problemáticas de vida e redes de apoio.

Em Belo Horizonte existe aproximadamente um 25,8% de hipertensos. Na comunidade que sou responsável tenho 34,97% pessoas com hipertensão arterial. Ao longo do ano 2013, só 2,8% desses hipertensos recebeu atendimento pelo Programa de Saúde da Família (DATASUS, 2014).

Diante desses problemas de saúde, despertou em mim o interesse em aprofundar o conhecimento sobre a qualidade de acompanhamento dos pacientes hipertensos, especialmente o relacionado com a adesão dessas pessoas no acompanhamento e controle.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Propor plano de intervenção para melhorar a adesão de hipertensos ao acompanhamento pela Equipe de Saúde da Família 03, no Centro de Saúde Cícero Ildefonso localizado em Belo Horizonte/MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever a hipertensão como problema de saúde;
- Identificar os pacientes com hipertensão da área de abrangência da equipe;
- Conhecer os motivos que afastam os hipertensos da consulta pela equipe de saúde da família;
- Estruturar processo de revisão conceitual e atualização da hipertensão na atenção básica;
- Possibilitar um plano de orientação e autocuidado aos hipertensos;
- Criar ações para que ocorram avaliações periódicas dos usuários com esta doença na área de abrangência.

4 METODOLOGIA

Primeiramente para o cumprimento das etapas (diagnóstico situacional) foi considerado o levantamento feito pelas ACS no cadastro familiar, estudos epidemiológicos e dados fornecidos pelo SIAB, no período de Janeiro a Dezembro do ano 2013.

O presente trabalho será um projeto de ação voltado para o tema hipertensão na Atenção Básica. O enfoque será na população adscrita na equipe da unidade básica de saúde Cícero Ildefonso localizado no bairro Vista Alegre. Após realizar o diagnóstico situacional usando o método da estimativa rápida, o trabalho vai ser desenvolvido em varias etapas:

- Definir em reunião de trabalho as funções a serem desenvolvidas durante o projeto de intervenção;
- Marcar horário na agenda de equipe para atendimento em grupo a hipertensos com participação dos profissionais da equipe de apoio;
- Confeccionar registro com a participação de hipertensos no grupo, incluindo a data, resultados complementares e cifras de pressão arterial;
- Agendar consulta individual no caso daqueles hipertensos não controlados que foram identificados no grupo;
- Selecionar na agenda da médica um horário para atendimento individual de hipertensos;
- Solicitar busca ativa, daqueles hipertensos no caso não comparecerem a consulta agendada.

Para a construção desse projeto serão utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros e os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, disponíveis na Plataforma Agora (www.nescon.medicina.ufmg.br/agora). Os artigos disponíveis nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas serão selecionados conforme sua relevância entre os anos

2009 e 2014. Outros dados importantes que serão utilizados são os disponíveis na secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte, dados do Ministério da Saúde e arquivos da própria unidade de saúde Cícero Ildefonso. Na pesquisa bibliográfica usamos o portal de evidências para a busca de publicações a partir das seguintes palavras chaves: Atenção Primária à Saúde, Hipertensão, Educação em saúde, Fatores de risco, Autocuidado. O trabalho vai contar com a participação dos profissionais de saúde e população adscrita a Unidade Básica de Saúde do bairro Cícero Ildefonso.

Nesse plano de ação foi aplicado o método PES (Planejamento Estratégico Situacional) para melhorar a assistência da atenção à hipertensão serão identificados inicialmente todos aqueles pacientes que foram diagnosticados algumas vezes com cifras elevadas de pressão arterial e que constam nos registros da Prefeitura de Belo Horizonte. Todos esses pacientes serão convidados a participarem do projeto. Os pacientes serão incluídos no protocolo para garantir melhor assistência ao atendimento.

O trabalho será com equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais e agentes de saúde em parceria com a secretária de saúde do município. Na proposta de pesquisa sobre os motivos que levam os hipertensos a se afastarem do atendimento, o trabalho irá ocorrer com auxílio das ACS.

5 REVISAO DA LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos (BRASIL, 2006).

A Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mm Hg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mm Hg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

Uma vez estabelecida a pressão arterial pode classificar-se como segue:

TABELA 2: Classificação da Hipertensão Arterial

Classificação	PA sistólica (mm Hg)	PA diastólica (mm Hg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão Estagio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estagio 2	160-179	100-109
Hipertensão Estagio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: BRASIL (2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010, p. 41):

O diagnóstico de hipertensão faz-se na presença de pressão sanguínea elevada e persistente. Tradicionalmente, isto implica três medições com esfigmomanómetro efetuadas em consultório médico, depois de o doente estar em repouso pelo menos 10 minutos, efetuadas em posição sentada e repetidas com um intervalo a considerar consoante a gravidade do aumento de pressão arterial, se tal for o caso. No caso de se tratar de uma hipertensão limite, o intervalo poderá ser de um mês. Nos casos de hipertensão severa o doente deverá ser imediatamente medicado. De modo a evitar o "efeito bata branca" em que por ansiedade a pressão arterial aumenta em presença do médico, poderá ser facultada a medição da pressão arterial em casa, com medições a várias horas do dia, sempre após os 10 minutos de repouso. O paciente fará assim um mapping durante 3 a 7 dias que será avaliado pelo seu médico assistente. As medições deverão no primeiro dia ser efetuadas nos dois braços, e se houver uma diferença de mais de 20 mmHg na pressão sistólica, as medições seguintes serão sempre efetuadas no braço com pressão mais alta. Em caso contrário será sempre escolhido o braço direito, pois antes de chegar às artérias do lado esquerdo já foi alimentado o braço direito e o cérebro e a pressão será assim discretamente mais baixa do lado esquerdo. O diagnóstico inicial de hipertensão deve também considerar um exame físico e todo o historial médico do paciente. A pseudohipertensão entre os idosos pode também ser um fator a considerar no diagnóstico. Esta situação deve-se à calcificação das artérias, o que resulta em níveis de leitura anormalmente elevados no esfigmomanómetro enquanto que as medições intra-arteriais são normais. Não esquecer que o processo de endurecimento das paredes das artérias é progressivo com o envelhecimento e o aumento de pressão arterial sistólica com a idade também será progressivo sem que isto signifique hipertensão arterial. Estes dados desafiam o consenso atual, muito rígido nos critérios de hipertensão arterial acima dos 70 anos.

Uma vez completo o diagnóstico da hipertensão, o médico pode tentar identificar a causa com base em outros sintomas eventuais. A hipertensão secundária é mais comum na infância e adolescência, sendo na maior parte dos casos causada por doenças renais. A hipertensão primária é mais comum entre adultos e corresponde a múltiplos fatores de risco, incluindo obesidade, hábitos alimentares em que predomina o excesso de sal, o consumo diário de

águas ricas em cloreto de sódio e antecedentes familiares. Podem também ser realizados exames de laboratório de modo a identificar possíveis causas de hipertensão secundária, e determinar também se a hipertensão já causou danos no coração, olhos ou rins. Também são normalmente realizados exames complementares para a diabetes e colesterol elevado, uma vez que ambos são fatores adicionais de risco para a eventualidade de uma doença cardiovascular e podem requerer tratamento complementar (ROSARIO *et al.*, 2009).

A creatinina no soro é medida com o intuito de despistar a eventual presença de doenças renais, que podem ser tanto causa como consequência da hipertensão. A creatinina do soro por si só pode sobrestimar a taxa de filtração glomerular (TFG), e orientações recentes têm indicado o uso de equações preditivas para avaliar corretamente a taxa. A TFG indica também uma medida base da função renal que pode ser usada para monitorizar efeitos secundários nos rins de determinados fármacos anti-hipertensivos. Para, além disso, detecção de proteínas em amostras de urina é usada como indicador secundário de eventuais doenças renais. É feito também um eletrocardiograma (ECG) de modo a revelar eventuais indícios de que o coração esteja a ser submetido a um esforço adicional devido à pressão arterial elevada. Pode também mostrar se existe ou não uma hipertrofia do ventrículo esquerdo ou se o coração foi já sujeito a um distúrbio menor, como por exemplo, um enfarte silencioso. Pode ainda ser realizada uma radiografia torácica ou um ecocardiograma de modo a verificar sinais indicadores de um eventual aumento ou danos no coração (MARTINS, 2010).

O impacto que o Programa da Saúde da Família traz para o controle da Hipertensão Arterial é muito significativo sem esquecer que existem fatores de risco associados que permanecem, necessitando controle adequado. As cifras de pressão arterial podem diminuir quando é garantido o cuidado sistemático, incluindo prevenção e controle de fatores de risco e acompanhamento profissional adequado. Estudos realizados em hipertensos demonstram presença de sobrepeso ou obesidade; cifras ligeiramente ou moderadamente elevadas; valores levemente elevados de colesterol total e glicemia em jejum. O fator socioeconômico continua sendo importante na hora de avaliar estes casos, pois o mais baixo nível de escolaridade, e maior a prevalência de doença; não sendo assim com outros fatores socioeconômicos

como são a renda familiar, as características da vivenda ou características médias ambientais, onde não existe muita diferença em relação a outras doenças (PEREIRA *et al.*, 2011).

5.2 Epidemiologia

A prevalência da hipertensão é maior em países desenvolvidos do que em países em desenvolvimento, mas a grande massa populacional em países em desenvolvimento tem contribuído de forma significativa para o número total de indivíduos hipertensos no mundo todo. Estima-se que por volta de 2025, 1,5 bilhões de pessoas serão hipertensos (CIPULLO *et al.*, 2010).

Atualmente, a prevalência média mundial estimada da hipertensão é de 26,4%, com uma ampla variação dependendo da população estudada, atingindo 21,0% nos EUA e Canadá, 33,5 a 39,7% nos países europeus, 15 a 21,7% nos países africanos e asiáticos e cerca de 40% na América Latina (CIPULLO *et al.*, 2010).

A prevalência da hipertensão no Brasil varia de 24,8 a 44,4%. No presente estudo, a prevalência de hipertensão foi avaliada de acordo com grupos etários, determinando um número de indivíduos proporcional ao número de habitantes para cada grupo etário e ajustando-os para a população adulta (CIPULLO *et al.*, 2010).

Frente à alta prevalência da hipertensão arterial e à sua condição de ser um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e níveis de controle pouco satisfatórios, é fundamental conhecer a prevalência de hipertensão e aspectos relacionados ao tratamento e na população da maior cidade do país (MION JUNIOR *et al.*, 2010).

Vários estudos de base populacional foram realizados em diversos estados brasileiros nos últimos anos, observando-se prevalências entre 10,0% e 42,0%, de acordo com a região, subgrupo populacional e critério diagnóstico utilizado. Considerando-se também a escassez de estudos de prevalência, conhecimento e controle da hipertensão na Região Centro-Oeste, em especial no Mato Grosso, a obtenção dessas informações serão úteis para a planificação de ações preventivas, terapêuticas e assistenciais nessa região do país (ROSARIO *et al.*, 2009).

Observou-se elevada prevalência de hipertensão arterial (30,1%), sem diferença significativa em relação ao gênero, segundo os critérios de hipertensão $\geq 140/90$ mm Hg e/ou uso de terapêutica anti-hipertensiva (ROSARIO *et al.*, 2009).

A prevalência da HAS aumentou, sobretudo entre mulheres, negros e idosos. Constatou-se que mais de 50% dos indivíduos entre 60 e 69 anos e aproximadamente três quartos da população acima de 70 anos são hipertensos (PEREIRA *et al.*, 2011).

Conforme dados dos Indicadores e Dados Básicos (2006) da Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa, a prevalência de hipertensão em Belo Horizonte, entre indivíduos maiores que 25 anos é de 25,8%, com discreta variação entre os sexos, mas ampla variação entre as diferentes faixas etárias: 9,9% de 25 a 39anos, 32,4% de 40 a 59 anos e 52,5% para maiores de 60 anos (PEREIRA *et al.*, 2011).

5.3 Fatores de Risco

A hipertensão arterial é um fator de risco para doença cerebrovascular; doença arterial coronária; insuficiência renal crônica e doença vascular das extremidades. Mas existem múltiplas condições de risco que condicionam a aparição da hipertensão arterial dependendo dos grupos populacionais, elas são:

- Gênero e Etnia: Homens e mulheres é semelhante. Duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca;
- Excesso de peso e Obesidade;
- Ingestão de sal;
- Ingestão de álcool;
- Sedentarismo;
- Fatores socioeconômicos: educação, baixa renda, dificuldades de acesso a serviços de saúde, diferenças dietéticas, estresse;
- Genética;
- Outros fatores de risco cardiovascular: Diabetes, anormalidades do colesterol.

Ao lado da hipertensão o perfil clínico dos pacientes-IMC com sobrepeso ou obesidade, cifras elevadas de colesterol glicemia em jejum- se associa com elevado risco cardiovascular o que demanda maior cuidado da hipertensão arterial. O que envolve outros profissionais no cuidado da doença; nutricionista, fisioterapeuta, educador físico; sem deixar de considerar como um elemento fundamental a pessoa como indivíduo responsável em primeiro lugar pelo cuidado da própria saúde com o apoio e orientação multiprofissional (MARTINS, 2010).

Nos hipertensos, ainda se destaca a presença de forma significativa dos referidos estilos de vida inadequados, como o tabagismo e o índice de massa corporal mais elevado. Quanto ao etilismo, apesar da quantidade de etanol ingerida por dia apresentar-se na faixa mediana de tolerância para os hipertensos, observou-se que os mesmos têm esse hábito há muito mais tempo do que os não hipertensos, o que pode estar relacionado com a idade mais elevada. Sabe-se que, junto com a obesidade e o consumo de sal, o consumo alcoólico é fator de risco para a hipertensão (CIPULLO, 2010).

As presenças de hipertensão arterial, de diabetes mellitus, de obesidade e de dislipidemias guardam entre si uma complexa relação, tendo em comum em sua etiologia o estilo de vida e a herança genética. Este estudo também verificou associação do índice de massa corporal elevado com outros fatores de risco cardiovasculares (MION JUNIOR *et al.*, 2010).

5.4 Formas de Controle e Prevenção da Hipertensão

O sucesso da adesão ao tratamento implica aumento na frequência de consultas com uma elevada assistência, o que permite mais oportunidade de ajustes nas doses de medicamentos e fiscalização ao tratamento não farmacológico. Considerando que a baixa renda, baixo nível de escolaridade, ou as condições difíceis de vivenda não impede ou atinge o bom sucesso da adesão ao tratamento (PEREIRA, 2011).

Algumas características do tratamento medicamentoso podem influenciar na adesão, ressaltando-se o custo, efeitos indesejáveis, esquemas

terapêuticos complexos e tratamento por toda vida. Destaca-se ainda que comportamentos negativos, como o tabagismo, etilismo e acompanhamento irregular em serviços de saúde, associaram-se de forma relevante com o fato de deixar de tomar os medicamentos anti-hipertensivos. Acrescenta-se ainda que maior tempo de tratamento e menos acompanhamento em serviços de saúde contribuíram para a falta às consultas. Por outro lado, fazer tratamento para a hipertensão foi influenciado pela presença de comorbidade, como a hipercolesterolêmica e idade mais avançada (MION JUNIOR *et al.*, 2010).

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, os percentuais de controle de pressão arterial são muito baixos, devido à baixa adesão ao tratamento. Em alguns estudos encontrou-se um alto percentual de hipertensos com pressão arterial não controlada (MARTINS, 2010).

O acompanhamento dos hipertensos pressupõe boa adesão ao serviço e, conseqüentemente, o controle adequado dos níveis pressóricos. Porém, uma boa adesão consiste em uma atitude global em relação à própria saúde e exige participação ativa dos próprios hipertensos. Para isso é necessário o comparecimento às consultas e a mensuração regular da pressão arterial a fim de avaliar o controle da hipertensão (ROSARIO, 2009).

A adesão ao tratamento inclui fatores terapêuticos e educativos e envolve aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação das condições de saúde do indivíduo. Desse modo, é necessário a adaptação ativa do sujeito a essas condições, a identificação dos fatores de risco no estilo de vida, o cultivo de hábitos e atitudes saudáveis (SILVA *et al.*, 2012).

Fatores de risco como idade, gênero, etnia e hereditariedade não são controláveis, mas mesmo assim merecem atenção por indicar a vulnerabilidade do indivíduo aos fatores de risco controláveis, alertando para a necessidade de um controle mais rigoroso (GAMA *et al.*, 2010).

Quanto à idade, o risco duplica após os 55 anos, com morbidade duas vezes maior nos homens, dos 35 aos 44 anos, com queda progressiva desta diferença, reduzindo-se a 1:1 após os 75 anos. Em relação ao gênero, a perda do efeito protetor do perfil hormonal estrogênico pré-menopausa parece ser um fator de risco importante. No que se refere ao perfil genético, a predisposição genética para Hipertensão Arterial é indicada por história familiar. É importante fator de risco em parentes do primeiro grau, homens abaixo dos 55 anos e

mulheres abaixo dos 65 anos. Quanto à etnia, a raça negra é um determinante de elevado risco de evento cardiovascular. No Brasil, a importância da miscigenação na modificação desse risco ainda é fator a ser melhor avaliado (GAMA *et al.*, 2010).

O tratamento atual da Hipertensão Arterial é baseado em medidas não farmacológicas e farmacológicas. As primeiras incluem ajuste calórico para manter o Índice de Massa Corporal (IMC) abaixo de 25kg/m², e maior do que 18,5Kg/m², com distribuição das calorias diárias em 30% de gordura, 7% a 10% de gorduras saturadas, 55% de carboidratos, 15% de proteínas e 300mg ou menos de colesterol, com ingestão ideal de sal de 6g (2,4g de sódio) diárias ou menos, a depender da sensibilidade individual, e aumento do teor de potássio, através de maior consumo de frutas, verduras e legumes. A queda da PA reduz proporcionalmente o risco de AVC e de DAC em cerca de 40% e 25%, respectivamente (GAMA *et al.*, 2010).

6 PLANO DE AÇÃO

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam algum trabalho da equipe de saúde. Por outro lado, é uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso.

Diante as dificuldades apontadas pelos hipertensos para o acompanhamento e das dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde de família para aumentar o número e a adesão dos pacientes com hipertensão, varias ideias foram propostas para desenvolver neste projeto.

6.1 Identificação do problema

Após reunião com a equipe, a participação de alguns especialistas de apoio (Clinico geral, Nutricionista, Psicólogo, etc.) foi escolhido o que mais estava afetando aos nossos pacientes.

Utilizando o método de estimativa rápida foi concluído que:

- Existem muitos fatores associados à prevalência de doença crônica;
- A doença é provocada ou incrementada por fatores de risco que estão em torno ao indivíduo;
- Existe um déficit controle e acompanhamento pela ESF;
- O nível de conhecimento do individuo sobre a doença é um fator muito importante para garantir o seu controle;
- Existe desinteresse do paciente em relação ao autocuidado.

6.2 Priorização do problema

TABELA 3: Priorização do problema da ESF Azul.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de	Seleção/ prioridade
-----------------------------	--------------------	-----------------	----------------------	----------------------------

			enfrentamento	
Hipertensão	Alta	4	Parcial	3º
Diabetes	Alta	4	Parcial	4º
Estilo de vida	Alta	4	Parcial	2º
Violência	Alta	3	Parcial	6º
Drogas	Alta	3	Parcial	5º
Adesão ao tratamento	Média	3	Parcial	1º

Fonte: Autoria Própria (2015).

O problema priorizado foi a baixa adesão ao tratamento dos hipertensos, pois além de ter a maior pontuação em relação à demanda, nossa equipe apresenta um elevado número de hipertensos que não reconhecem a doença.

6.3 Descrição do problema selecionado

A hipertensão arterial é uma doença crônica que fatores determinantes são multifatoriais e constitui um problema de saúde pública no Brasil e especificamente na área de abrangência da equipe Azul do Cicero Ildefonso. Ocupa um lugar de destaque no contexto epidemiológico, onde apresenta fator de risco para ocorrência de acidente vascular e infarto do miocárdio, agravos crônicos não transmissíveis, sendo considerada uma das principais causas de morbimortalidade na população (BRASIL, 2007)

A maior razão para o controle inadequado da pressão arterial seria a falta de adesão ao tratamento, uma vez que, a adesão engloba o comportamento do indivíduo, em termos de tomar os medicamentos, mudar hábitos de vida, seguir dietas e comparecer a consultas médicas.

6.4 Explicação do problema

A grande maioria dos hipertensos de nossa área de abrangência estão usando 5 ou mais medicamentos, para uma ou outra doença. Os pacientes

relataram que mesmo com o uso desses medicamentos a pressão arterial continuava elevada.

Quando fizemos a investigação relacionada a estilo de vida e hábitos de vida, muitos relatavam que continuavam sem mudança alguma. O que significa que mantinham seus hábitos alimentares com ingestão excessiva de sal, farinhas, massas e pouco usam de vegetais, legumes, frutas, verdura; também não praticavam atividade física: caminhadas, *liang gong*, hidroginástica, academia; aqueles tabagistas mantinham seu hábito e os alcoólatras também continuavam bebendo.

Todos concordavam numa questão, para eles o medicamento tinha que solucionar seu problema de saúde sem dar a menor importância ao resto. Por isso procuravam atendimento constantemente com a esperança de que o médico trocasse seu medicamento por outro melhor ou “mais forte” segundo eles.

6.5 Seleção dos “nós” críticos

A identificação das causas de um problema é muito importante. Após avaliação detalhada, poderão ser identificadas várias causas, as que devem ser erradicadas para solucionar o problema principal e assim transformá-lo. Para realizar essa análise utiliza-se o conceito de nó crítico (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Dias e Savassi (2007) apontam que para um problema ser considerado um nó crítico ele precisa ser capaz de mudar positivamente o vetor descritor do problema, ser politicamente oportuno e estar dentro da governabilidade dos atores envolvidos.

6.6 Desenhos das Operações para os “nós” críticos

Segundo Campos, Faria e Santos (2010) após a identificação e a explicação das causas do problema, parte-se para o próximo passo, que é a elaboração do plano de ação que encaminha estratégias e soluções para enfrentamento do problema. Assim faz-se necessário relatar as operações para

o enfrentamento das causas identificadas como “nós críticos”. Após são identificados produtos e resultados para cada operação e, finalmente selecionar recursos indispensáveis para a implantação e implementação das operações.

TABELA 4: Desenho das operações para os nós críticos da baixa adesão ao tratamento dos hipertensos.

DESENHO DE OPERAÇÕES PARA OS NÓS CRÍTICOS DA BAIXA ADESAO AO TRATAMENTO DOS HIPERTENSOS				
Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Nível de informação	Saber mais aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão	População mais informada sobre a hipertensão arterial	Avaliação do nível de informação da população em campanha educativa na radio	Cognitivo: Conhecimento sobre as estratégias de informação Político: Organização da agenda; mobilização social; articulação Inter setorial.
Estrutura dos serviços de saúde	Cuidar melhor Melhorar estrutura serviço para atendimento aos hipertensos	Garantir medicamentos e exames do protocolo para hipertensos	Capacitação do pessoal	Político: Decisão de recursos para os serviços financeiros: aumento da oferta de exames.
Processo de trabalho da	Linha de		Produtos Avaliação do nível de informação da população em campanha	Cognitivo: Conhecimento sobre as estratégias de comunicação. Organização da agenda; elaboração da linha de cuidado e

equipe de saúde da família	cuidado Implantar a linha de cuidado para hipertensão	Cobertura 80% da população hipertensa	educativa na radio Capacitação do pessoal Lina de cuidado para hipertensão. Protocolo Recursos humanos. Capacitação	de protocolos. Político: decisão de recursos para o serviço Financeiros: aumento da oferta de exames; Mobilização social Articulação Inter setorial Organizacional: adequação do fluxo Político: articulação entre os setores e adesão profissional
----------------------------	---	---------------------------------------	---	---

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.7 Identificação dos recursos críticos

Tabela 5. Identificação dos recursos críticos

Operação / Projeto	Recursos
Saber mais	Conseguir espaço na rádio local
Cuidar melhor	Decisão de aumentar os recursos para aumentar os serviços
Linha de cuidado	Articulação entre os setores e adesão profissional

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.8 Análise da viabilidade do plano

Tabela 6. Análise da viabilidade do plano

Operações / Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos Ator que controla motivação		Ação estratégica
Saber mais	Conseguir espaço na radio local	-Setor comunicação	Favorável	Apresentar projeto

		-Social		Estruturação das redes
Cuidar melhor	Decisão de aumentar os recursos para aumentar os serviços	- Prefeito Municipal - Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Apresentar projeto Estruturação das redes
Linha de cuidado	Articulação entre os setores e adesão profissional	- Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar projeto Estruturação das redes

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.9 Elaboração do plano operativo

Para Campos, Faria e Santos (2010) este momento possui a finalidade de designar os indivíduos responsáveis por cada operação, além de definir os prazos para execução das mesmas. Tal etapa corresponde ao cronograma do plano de ação, que está representada na Tabela 7.

TABELA 7: Cronograma do plano de ação.

CRONOGRAMA DO PLANO DE AÇÃO				
OPERAÇÕES	RESULTADO	AÇÕES	RESPONSÁVEL	PRAZO
Saber mais	População mais informada sobre a hipertensão arterial	Avaliação do nível de informação da população em campanha educativa na rádio	Odete, Ana, Vanessa, Gleice.	4-6 meses

Cuidar melhor	Garantir medicamentos e exames do protocolo para hipertensos	Capacitação do pessoal	Joana Aparicia	6 meses
Linha de cuidado	Cobertura 80% da população hipertensa	Linha de cuidado para hipertensão. Protocolo Recursos humanos. Capacitação	Cleudeni Mayra	8 meses

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.10 Gestão do plano

Tabela 8: Gestão do plano

Operações	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Saber mais	Anilec, Odete, Ana, Vanessa, Gleice	4-6 meses	Em elaboração		
Cuidar melhor	Anilec, Joana, Aparicia	6 meses	Em implantação		
Linha de cuidado	Anilec, Cleudeni, Mayra	8 meses	Em implantação		

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como proposta de intervenção realizar um plano de ação para aumentar a adesão ao tratamento de hipertensos na equipe Azul, no Centro de Saúde Cicero Ildfonso em Belo Horizonte.

Sabe-se que a atenção básica ou atenção primária à saúde, configura-se como porta de entrada do usuário para ações de promoção à saúde e prevenção, a mesma constitui também como uma forma de proporcionar melhorias no bem estar das pessoas além de proporcionar o conhecimento das doenças decorrentes na população adscrita em seu território.

A não adesão do paciente ao tratamento constitui-se um dos maiores desafios para os profissionais da saúde no controle da hipertensão arterial. Adesão é, portanto, um processo colaborativo que facilita a aceitação e uma integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo.

Porém, são muitos os fatores que contribuem para a falta de adesão, tais como a inadequação da relação médico-paciente, o desconhecimento das características da doença e a sua cronicidade, hábitos de vida e uso errôneos de medicamentos.

Com base na revisão de literatura e no plano de intervenção proposto, além de outros agravos que estão presentes no cotidiano dessa unidade de saúde, conclui-se que:

- é imprescindível conhecer a área de abrangência de atuação onde a unidade de saúde está inserida, pois desta forma é mais fácil se planejar as ações quando se conhece a realidade de determinada população;
- todos os profissionais de saúde que compõem a equipe devem juntamente com os usuários se mobilizarem para que a implantação do plano de intervenção proposto consiga resultados positivos e efetivos;
- a implantação do projeto de intervenção proposto irá aumentar o conhecimento dos usuários hipertensos em relação à doença, riscos, hábitos de vida saudáveis para ajudar no controle;
- aumentar o nível de informação da comunidade em geral sobre a atuação da UBS e as atividades que ela oferece;

- é imprescindível que com a conscientização dos profissionais da saúde e a incorporação desses cuidados, poderá haver uma melhora na qualidade de vida da população adscrita.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, L. M. A. P. **Educação em Hipertensão Arterial na estratégia de saúde da família Dona Heloína, Brasília de Minas-Minas Gerais**. 2014. 42 f. TCC (Graduação)- Curso de especialização, Universidade Federal Minas Gerais. Montes Claros, 2014.
- BELO HORIZONTE. Dados gerais do município. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 15: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília. DF: MS, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sinanweb>. Acesso em: 9 mar.2014.
- BRASIL. Projeto Ciências Sociais (Comp.). **Macro-jê**. 2015. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Macro-jê>>. Acesso em: 20 maio 2015.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em: 07 de mar. 2014.
- CIPULLO, J. P. *et al.* Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Jose de Rio Preto, p.519-526, abr. 2010.
- COSTA, P. A. **Acompanhamento de pacientes portadores de hipertensão arterial do PSF Alto do Cruzeiro: Plano de ação**. 2014. 40 f. TCC (Graduação)- Curso de especialização, Universidade Federal Minas Gerais. Formiga, 2014.
- DATASUS. Ministério da Saúde. Acessado em 3, 10, 15, 21 e 27 Set. 2014. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br>
- DIAS, R. B; SAVASSI, L. C. M. **Planejamento de Ações na Equipe**. Grupo de Estudos em Saúde da Família (GESF), 2007. Disponível em:< <http://www.smmfc.org.br/gesf>> Acesso em: março de 2014.
- DUARTE, M. T. C. *et al.* Motivo do abandono do seguimento no cuidado a portadores da hipertensão arterial: A perspectiva do sujeito. **Ciência & Saúde Coletiva**, p.2603-2610, ago. 2010
- FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em Saúde**. Belo Horizonte: NESCON/ UFMG, 2009.
- GAMA, Glicia Gleide Gonçalves et al. **Revisando os fatores de risco cardiovascular**. Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 4, n. 18, p.650-655, 2010.
- GARCIA, K. L. **Proposta de intervenção para a redução dos níveis pressóricos alterados em pacientes no PSF Florença II do Município Ribeirão das Neves, Minas Gerias**. 2014. 32 f. TCC (Graduação) - Curso de Especialização, Universidade Federal Minas Gerais, Ribeirão das Neves, 2014.

GIROTTI, E. *et al.* Adesão ao Tratamento Farmacológico e Não Farmacológico e Fatores Associados na Atenção Primária da Hipertensão Arterial. **Ciência & Saúde; Coletiva**, Rio de Janeiro, p.1763-1772, jun. 2013.

GUEDES, M. V. C. *et al.* Barreiras ao tratamento da Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, p.1838-1842, 28 dez. 2011.

HOEPFNER, C.; FRANCO, S. C. Inércia Clínica e Controle da Hipertensão Arterial nas Unidades da Atenção Primária à Saúde. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, Joinville, p.223-229, 13 abr. 2010. Semanal.

LIMA, J. P. L. **Adesão ao tratamento de hipertensão: Proposta de intervenção no Município Rio do Prado**, MG. 2013. 50 f. TCC (Graduação)-Curso de especialização, Universidade Federal Minas Gerais. Uberaba, 2013.

LÓPEZ, E. F. **Hipertensão Arterial na área de abrangência da ESF “Julho Leitão”, Pará de Minas**, MG: Proposta de intervenção. 2014. 32 f. TCC (Graduação)- Curso de Especialização, Universidade Federal Minas Gerais, Pará de Minas, 2014.

MALVEIRA, M. I. B. **O controle da Hipertensão Arterial Sistêmica na estratégia de saúde da família Maracanã IV**. 2013. 29 f. TCC (Graduação)-Curso de especialização, Universidade Federal Minas Gerais. Montes Claros, 2013.

MARTINS, M. S. A. S. *et al.* Hipertensão Arterial e Estilo de Vida em Sinop, Município da Amazônia Legal. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Amazônia Legal, p.639-644, 23 abr. 2010

MION JUNIOR, K. L. *et al.* Hipertensão Arterial na cidade de São Paulo: Prevalência Referida por Contato Telefônico. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. São Paulo, 02 jan. 2010. p. 250-263.

MINAS Gerais. 2014. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Minas_Gerais>. Acesso em: 14 nov. 2014.

MOREIRA, J. P. L.; MORAES, J. R.; LUIZ, R. R. Utilização de consulta médica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados na PNAD 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p.3781-3793, set. 2011.

OLIVEIRA, B. F. A. *et al.* Prevalência de Hipertensão Arterial em Comunidades Ribeirinhas do Rio Madeira, Amazônia Ocidental Brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Amazônia Ocidental Brasileira, p.1617-1630, ago. 2013.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão Arterial no Brasil: estimativa de prevalência a base de estudos populacionais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p.35-45, março 2006. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a03.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

PEREIRA, A. F. *et al.* **Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco Cardiovascular**. Belo Horizonte: PRODABEL, 2011

PICCINI, R. X. *et al.* Promoção, Prevenção e Cuidado da Hipertensão Arterial no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, p.543-550, 17 abr. 2012.

RAMOS, L. L. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo na estratégia de saúde da família de Sobrália, Minas Gerais**. 2014. 36 f. TCC (Graduação)-Curso de especialização, Universidade Federal Minas Gerais. Governador Valadares, 2014.

RENÉ SANTOS (Brasil). Secretários de Estado da Saúde (Org.). **Coleção Para Entender a Gestão do SUS**. In: SANTOS, René et al (Ed.). Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: Conass, 2011. Cap. 4. p. 54-75.

ROSARIO, T. M. *et al.* Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobre, MT. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Nobres, Mt, 07 abr. 2009. p. 672-678.

SILVA, C. S. *et al.* Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. **Revista Escola Enfermagem SP**, João Pessoa, p.584-590, 17 set. 2012. Semanal. Universidade Federal da Paraíba.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. (Julho 2010). "VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão" (PDF) (em português). **Arq Bras Cardiol** 95 (Supl. 1): 1-51.