

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

DANIELA ALVES FERREIRA

**PLANO DE AÇÃO PARA HIPERTENSOS OBESOS E SEDENTÁRIOS
DO
PSF PEREIRAS – CANDEIAS/MG**

CAMPOS GERAIS - MG

2013

DANIELA ALVES FERREIRA

**PLANO DE AÇÃO PARA HIPERTENSOS OBESOS E SEDENTÁRIOS
DO
PSF PEREIRAS – CANDEIAS/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. Dra Paula Cambraia de Mendonça Vianna

CAMPOS GERAIS - MG

2013

DANIELA ALVES FERREIRA

**PLANO DE AÇÃO PARA HIPERTENSOS OBESOS E SEDENTÁRIOS DO
PSF PEREIRAS**

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. Dra Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Banca Examinadora

Prof^a. Paula Cambraia de Mendonça Vianna (orientadora)

Prof^a. Daniela Coelho Zazá

Aprovado em Belo Horizonte: 14/09/2013

Dedico esta pesquisa aos meus pais, meu irmão e ao meu esposo que tanto me apoiaram, e a todos aqueles que contribuíram de forma direta ou indireta para sua realização.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela sua presença e iluminação, pois sem Ele nada seria possível.

Aos colegas e facilitadores do curso pela troca de experiências.

Ao meu tutor pela disponibilidade e por compartilhar comigo, parte de seu conhecimento.

“Conhecimento sem transformação não é sabedoria.”

“Não queira ser bravo, quando basta ser inteligente.”

Paulo Coelho

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. É um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. O desenvolvimento de ações e estratégias para a implementação de medidas preventivas e de promoção à saúde, controle da hipertensão arterial e suas complicações são diretrizes previstas na Estratégia de Saúde da Família que objetivam uma melhor qualidade de vida da população. Nesta perspectiva, este estudo tem como objetivo elaborar um plano de ação para os hipertensos obesos e sedentários do PSF Pereiras, localizado na zona rural da cidade de Candeias-MG. Busca-se vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços.

Palavras-chaves: Hipertensão Arterial Sistêmica; Hipertensos Obesos e Sedentários; Plano de Ação.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is a serious health problem in Brazil and all over the world. It is one of many important factors of risk for the development of cardiac diseases and kidney illnesses and so brain diseases. The development of actions and strategies for the implementation of preventive measures will promote health, control of arterial hypertension and its complications are guideline laid down by the Strategy of the Family health – to aiming a better quality of life, about population lives. In this perspective, this study aims to develop a action plan for hypertensive obese and sedentary at health office PSF Pereiras, located in the rural town of Candeias-MG. This programs searches link those carriers of these diseases, health units to monitory and ensuring their systematic treatment with the action of professional training, reorganization of services

Keyword: Hypertension Systemic Arterial; Hipertensive Obese and Sedentary; Plan of Action.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 Justificativa	12
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo geral	13
2.2 Objetivo específico	13
3 PERCURSO METODOLÓGICO	13
3.1 Referencial	13
3.2 Sujeitos	15
3.3 Cenário	15
3.3.1 PSF Pereiras	16
4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	17
4.1 Aspectos demográficos	17
4.2 Aspectos ambientais	19
4.3 Aspectos socioeconômicos	20
4.4 Aspectos epidemiológicos	20
4.4.1 Hospitalizações	20
4.4.2 Morbidade referida	22
4.4.3 Outros problemas identificados	22
4.4.4 Mortalidade	22
4.5 Indicadores de cobertura	24
4.6 Produção da equipe de saúde	24
4.7 Observação ativa	27
5 PLANO DE AÇÃO	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial constitui um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade. Estima-se que a hipertensão arterial atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de vinte anos, sendo responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhão de internações por ano (BRASIL, 2001).

A identificação de vários fatores de risco para hipertensão arterial, tais como: a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, o nível de escolaridade, o status sócio-econômico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais muito colaboraram para os avanços na epidemiologia cardiovascular e, conseqüentemente, nas medidas preventivas e terapêuticas dos altos índices pressóricos, que abarcam os tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos (BRASIL, 2001).

O tratamento farmacológico é indicado para hipertensos moderados e graves, e para àqueles com fatores de risco para doenças cardiovasculares e/ou lesão importante de órgãos-alvo. No entanto, poucos hipertensos conseguem o controle ideal da pressão com um único agente terapêutico e, muitas vezes, faz-se necessária a terapia combinada, principalmente indivíduos idosos e com comorbidades relevantes. A terapia medicamentosa, apesar de eficaz na redução dos valores pressóricos, da morbidade e da mortalidade, tem alto custo e pode ter efeitos colaterais motivando o abandono do tratamento (SHOJI, 2000).

Intervenções não-farmacológicas têm sido apontadas na literatura pelo baixo custo, risco mínimo e pela eficácia na diminuição da pressão arterial. Entre elas estão: a redução do peso corporal, a restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 1998). As medidas de controle da HAS situam-se, em grande parte, no componente estilo de vida, pois sua adoção envolve mudança de hábitos, o que depende principalmente do indivíduo. Estas são as chamadas medidas de controle higiênico-dietéticas da HAS e incluem abolição do álcool e do tabaco, realização de atividade física, perda do excesso de peso e mudanças nos hábitos alimentares (SILVA, 2006).

Considera-se que os baixos níveis de controle da doença tenham relação direta com a pouca adesão ao tratamento. Promover adesão ao tratamento da hipertensão arterial, por meio de estratégias que elevem o controle da doença traz benefícios não só para as instituições de saúde, bem como melhoram o tratamento nesse nível de intervenção. Desta forma disponibilizam vagas nas instituições terciárias, reduzindo o número de acidente vascular encefálico, a ocorrência de insuficiência cardíaca congestiva, doença renal e doença arterial coronária, que são complicações decorrentes do controle inadequado da hipertensão arterial (BRASIL, 2001).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) criou condições para a construção de um novo modelo assistencial em que a atenção à saúde está focalizada na família e na comunidade, utilizando práticas que visam estabelecer novas relações entre profissionais de saúde, indivíduos, suas famílias e comunidade (SILVA, 2006).

Desde o início da década de 1980, intensificando-se principalmente na década de 1990, aconteceram reformas nos diversos setores dos serviços públicos, incluindo o setor de saúde, que tem sido objeto de discussões e debates. O caráter político da saúde passou a ser abordado, sendo o meio social entendido como um dos principais determinantes da saúde da população (SEEDHOUSE, 1995; WEIL, 1990). A ampliação do conceito de saúde/doença, fator determinante para a reestruturação dos serviços, passou a buscar as características socioculturais de causação das doenças (GERSCHMAN, 1995).

Essa mudança de orientação do modelo de atenção, com ênfase na saúde preventiva, no acesso universal e igualitário, na intervenção direta da população e no meio social como determinante da saúde/doença, tem como consequência a necessidade de criação e implementação de programas e ações que focalizem e priorizem a atenção básica de saúde.

A Hipertensão Arterial, mais conhecida como “**Pressão Alta**”, pode ser encarada como uma doença ou como um fator de risco para o desenvolvimento de doenças do coração, pois, na grande maioria das vezes, não provoca sintomas ou os sintomas são gerais (podem ocorrer em qualquer doença), como dores de cabeça, tonturas, mal estar.

Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. É preciso ter cautela

antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevada em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais. A aferição repetida da pressão arterial em dias diversos em consultório é requerida para chegar a pressão usual e reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial ante a simples presença do profissional de saúde no momento da medida da PA (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define hipertensão arterial como a ascensão crônica da pressão arterial sistólica e/ou pressão arterial diastólica. Os níveis pressóricos para HA situam-se como a pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou a pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em duas verificações em dias diferentes. Se a pressão arterial permanecer alta ou descontrolada poderá provocar problemas sérios como doenças coronarianas, infarto, perda da visão, paralisção dos rins e derrames, todos com graves consequências e de tratamento mais complexos (CICCO, 2007).

A maior parte dos pacientes com hipertensão apresenta excesso de peso, e estudos de diferentes populações mostram que o sobrepeso e a obesidade podem ser responsáveis por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial. Estudos clínicos no tratamento da pressão arterial sugerem modificações do estilo de vida com a realização de atividades físicas e redução do peso corporal como primeiro passo na redução da pressão arterial, restrição do sal na dieta, associado ou não ao uso de medicamentos que podem também ser administrados isolados ou em associação (LONGO *et al.*, 2011).

Apesar das evidências, hoje, incontestáveis, esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado. Apesar da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial. Uma reforça a outra e são complementares. Evidências suficientes demonstram que estratégias que visem modificações de estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um

número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade (BRASIL, 2006).

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, a assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) deve abranger tanto as ações assistenciais quanto, as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças. Educar para a saúde implica dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais, em espaços coletivos, como por exemplo, os grupos educativos ou em espaços individuais como as consultas (ALVES, 2005; p.39).

Nesta perspectiva, as estratégias para a implementação de medidas preventivas da hipertensão arterial, dependem da atuação de equipes interdisciplinares, adoção de políticas públicas, atividades comunitárias, organização e planejamento dos serviços de saúde. A abordagem da hipertensão por uma equipe interdisciplinar contribui para oferecer ao paciente e/ou comunidade uma visão ampla do problema, dando-lhes motivação para adotar mudanças nos hábitos de vida e adesão ao tratamento.

1.1 Justificativa

Dentre os princípios fundamentais que norteiam a ESF (integralidade, equidade, universalidade e hierarquização) destaca-se a integralidade, pois acredita-se que promoção, prevenção, recuperação da saúde e reabilitação de doenças e agravos não podem ser compartimentalizadas, mas se trabalhadas em todos os seus aspectos de forma dinâmica, na perspectiva de uma abordagem integral, autônoma e resolutiva podem modificar o processo de saúde e doença de um indivíduo, família e comunidade (MACHADO *et al.*, 2007). Entretanto a hipertensão vem sendo conduzida pelos profissionais de saúde de modo intervencionista, tornando a assistência e as atividades educativas fragmentadas.

Atualmente o PSF Pereiras localizado na zona rural de Candeias-MG atende 2165 pessoas e possui 345 hipertensos cadastrados, sendo 40 deles hipertensos obesos e 300 sedentários. Observam-se grandes dificuldades no que se refere a mudanças de hábitos, pois estes fazem parte de uma construção social e são influenciados pelo meio em que os pacientes se inserem, necessitando, assim, de investimentos incansáveis dos serviços de saúde para a reversão deste quadro.

Neste sentido, o propósito do plano é vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços. A reorganização da atenção básica tem como estratégias principais a prevenção dessas doenças, suas complicações e a promoção da saúde, objetivando, assim, uma melhor qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Elaborar um plano de ação voltado para os hipertensos obesos e sedentários do PSF Pereiras/Candeias/MG.

2.2 Objetivos específicos

- Possibilitar maior adesão dos hipertensos obesos e sedentários aos exercícios físicos e dietas;
- Conscientizar a população sobre os riscos cardiovasculares;
- Fortalecer ações multidisciplinares no que se refere à promoção a saúde.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Referencial

A elaboração do plano de ação para os hipertensos obesos e sedentários cadastrados na UBS Pereiras-Candeias-MG decorreu da realização do diagnóstico situacional pela equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF)/ PSF Pereiras onde foi possível identificar os principais problemas da comunidade pertencente à área de abrangência da unidade. Os problemas foram levantados a partir de dados fornecidos pelo Sistema de informação da Atenção Básica (SIAB), observação ativa

da equipe e entrevista com informantes chaves da comunidade. São eles: desemprego, falta de opções de lazer, verminoses, aumento do número de diabéticos e hipertensos, recursos materiais e físicos inadequados nos serviços de saúde, drogas e violência.

Após a identificação dos problemas, a equipe realizou a priorização dos mesmos. Para isso, foram utilizados alguns critérios para a seleção dos problemas, sendo eles: importância do problema, urgência do problema e capacidade de enfrentamento pela equipe. O principal problema selecionado pela equipe foi: “Alto índice de Hipertensos obesos e sedentários, na área de abrangência do PSF Pereiras”. Para descrição do problema priorizado, a equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns problemas relacionados ao alto índice de hipertensos (número de diabéticos, tabagistas, sedentários, obesos, etc.), a ação da equipe frente a esses problemas (controle, acompanhamento) e também indicadores que fornecem a eficácia das ações (internações, óbitos). Em seguida, foi realizada uma análise para identificar as causas mais importantes do problema e que precisam ser enfrentadas. A equipe selecionou os nós críticos que estão dentro do espaço de sua governabilidade, ou seja, a equipe tem possibilidades de enfrentá-los, sendo eles: hábitos e estilos de vida, nível de informação, estrutura dos serviços de saúde

A revisão da literatura subsidiou teoricamente o planejamento estratégico e disponibilizou um maior conhecimento sobre o tema abordado, onde os estudos selecionados serviram como referência para discussão do trabalho realizado (ARAÚJO, 2010). Foram pesquisadas as seguintes bases de dados: NESCON (Biblioteca virtual, Lilacs, SciELO) .

A partir da definição dos nós críticos e revisão da literatura, a equipe desenvolveu as estratégias e projetos necessários à solução do problema, assim como os produtos e resultados esperados dessas operações (plano de ação). Os recursos necessários para execução da operação também foram levantados:

- Político: para mobilização social e articulação intersetoriais da saúde e redes de ensino.
- Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, panfletos, banners, pincéis, cartolinas, folhas A4, e colchonetes. Para realização das atividades

educativas. Os materiais necessários para realização do projeto serão financiados exclusivamente pela Prefeitura Municipal de Candeias.

- Organizacional: para organizar as atividades. Os Recursos Organizacionais são os vários meios (humanos, físicos e financeiros) que as instituições possuem para atingirem seus objetivos.
- Cognitivo: para fornecer informações sobre o tema e estratégias de comunicação;

3.2 Sujeitos

Pessoas adultas hipertensas, obesas e sedentárias cadastradas no PSF Pereiras – Candeias/MG

3.3 Cenário

Candeias é um município brasileiro localizado no centro-oeste de Minas Gerais. Sua população está estimada em 16.281 habitantes (IBGE, 2009). A atividade econômica de destaque é a agropecuária. Sua economia está voltada para agricultura e pecuária. Existem, na cidade, algumas poucas fábricas de costura. A cidade tem suas tradições culturais como o congado e festas religiosas. O índice de violência aumentou nos últimos anos, os jovens estão cada vez mais envolvidos com drogas e vida sexual precoce.

Na área da saúde, está habilitada em Gestão Semi-Plena da Atenção Básica. Segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR Minas Gerais, 2008), pertence à Regional de Saúde Divinópolis, Macrorregião Oeste e é um dos municípios que compõem a Microrregião Santo Antônio do Amparo/Campo Belo. A cidade possui sete equipes de saúde da família e mantém uma cobertura populacional de 100%, tendo como apoio o NASF, CAPS e CRAS. Existe um hospital para atendimento das emergências, urgências e pequenas cirurgias. Os casos mais graves são encaminhados para as cidades referência: Campo Belo, Belo Horizonte, Divinópolis e São Paulo. Houve um avanço muito grande em relação à saúde, embora ainda deixe muito a desejar. A grande rotatividade de médicos, estrutura física inadequada e a baixa remuneração dos profissionais são alguns dos problemas existentes.

A autora deste estudo trabalha no PSF Pereiras na zona rural, atendendo as comunidades: Pereiras, Pires, Boa Vista, Chapadão, Pimentas e Trindades. Em cada dia da semana é atendida uma unidade. É uma comunidade bastante extensa territorialmente. Possui cerca de 2.199 habitantes. A população vive basicamente da cafeicultura, pecuária e pesca. É uma população de condições socioeconômicas relativamente baixas, o analfabetismo é elevado, e os paradigmas culturais (referências ou exemplos passados de uma geração para outra) são muito fortes. As mulheres geralmente se casam com menos de dezoito anos e logo engravidam. As comemorações são basicamente religiosas.

Existe uma UBS em cada comunidade, algumas são escolas antigas adaptadas para atender, os equipamentos são precários, não existe sala de reuniões e estas são realizadas em uma sala minúscula da policlínica da cidade. O atendimento é feito de acordo com cronograma mensal elaborado pela enfermeira (puericulturas, pré-natal, vacinação, preventivos, reuniões de equipe). Existe um roteiro a ser seguido de puericulturas e pré-natal, os diabéticos e hipertensos são acompanhados em consulta a cada seis meses, obrigatoriamente. São realizadas algumas atividades em grupo e capacitação para ACS. Não existe tumulto nos atendimentos, a população se relaciona bem com a equipe e estamos implantando o Protocolo de Manchester, priorizando o atendimento de acordo com as necessidades do paciente e não mais por ordem de chegada. No entanto, a assistência ao hipertenso vem sendo oferecida quase que exclusivamente vinculada à consulta médica individual.

3.3.1 PSF Pereiras

O PSF Pereiras atende cinco comunidades da zona rural, é constituído por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, onze agentes de saúde e um dentista. A equipe conta com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista, profissional de educação física e fonoaudióloga. O horário de funcionamento da UBS é de 7:00 às 16:00 horas, de segunda a sexta-feira. As consultas são agendadas pelas agentes de saúde durante a visita domiciliar. As visitas médicas e da enfermeira, os preventivos, vacinas, puericultura e pré-natal são de acordo com o cronograma realizado mensalmente pela enfermeira.

Quanto aos hipertensos possui 345 cadastrados, 300 deles são acompanhados de acordo com o preconizado na linha guia, 300 são sedentários, 40 obesos e 17 tabagista. Uma vez que o paciente é diagnosticado como hipertenso em consulta médica é feito o cadastramento no Hiperdia -Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, que permite o acompanhamento e a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, que por sua vez são entregues na farmácia popular, localizada na policlínica da cidade. Em seguida o paciente é encaminhado à enfermeira para receber orientações gerais sobre a doença. Todos esses pacientes retornam a UBS de 6 em 6 meses para consulta de rotina do hipertenso, onde é realizado a renovação das receitas e solicitação dos exames de rotina de acordo com a linha guia do Ministério da Saúde. Algumas atividades em grupo são realizadas (palestras, oficinas, caminhadas e alongamentos), porém de forma esporádica, pois não há muita participação. É realizada busca ativa dos faltosos às atividades da unidade.

4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

A seguir, apresentamos dados demográficos, aspectos socioeconômicos e epidemiológicos, indicadores de cobertura, produção da equipe de saúde da família, mapeamento das instituições e projetos da comunidade que subsidiaram as ações e estratégias do planejamento estratégico.

4.1 Aspectos demográficos

População segundo a faixa etária na área de abrangência do PSF Pereiras - 2010.

Faixa etária	Número	%
< 1 ano	17	0,74
1 a 4 anos	91	4,01
5 a 9 anos	148	6,52
10 a 14 anos	171	7,74
15 a 19 anos	161	7,10
20 a 49 anos	1015	44,77

50 a 59 anos	291	12,83
60 e mais	373	16,45

TOTAL	2267	
--------------	-------------	--

Fonte: SIAB (2011).

Observa-se que a população na faixa etária de 20 a 49 anos constitui-se como o grupo mais atendido pelo PSF Pereiras. Prevalece o atendimento às pessoas acima de 20 anos.

População segundo faixa etária e sexo na área de abrangência do PSF Pereiras -2010.

Faixa etária	Masculino		Feminino	
	Número	%	Número	%
< 1 ano	7	0,56	10	0,96
1 a 4 anos	46	3,72	45	4,36
5 a 9 anos	71	5,74	77	7,46

População segundo faixa etária e sexo na área de abrangência do PSF Pereiras -2010. (continuação)

Faixa etária	Masculino		Feminino	
	Número	%	Número	%
10 a 14 anos	96	7,77	75	7,26
15 a 19 anos	81	6,55	80	7,75
20 a 49 anos	559	45,26	456	44,18
50 a 59 anos	166	13,44	125	12,11
60 e mais	209	16,92	164	15,89
TOTAL	1235		1032	

Fonte: SIAB (2011).

A população do PSF Pereiras é composta em sua maioria por adultos jovens do sexo masculino. A população feminina representa 45,53% e a masculina 54,47%. As crianças de (0 a 9 anos) correspondem a 11,29% da população, adolescentes (10 a 19 anos) são 14,65%, adultos 57,60% correspondendo a uma porcentagem significativa para desenvolvimento das doenças crônicas, e idosos 16,46%.

População segundo faixa etária na área de abrangência do PSF Pereiras segundo a microárea, 2010.

Faixa etária	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	Total
< 1 ano	1	0	2	3	0	0	4	2	1	2	2	17
1 a 4 anos	7	1	4	8	6	8	8	14	6	18	11	91
5 a 9 anos	21	6	9	14	11	15	10	16	7	15	24	148
10 a 14 anos	23	7	3	20	13	17	20	14	15	17	22	171
15 a 19 anos	22	3	16	16	20	18	23	16	9	11	7	161
20 a 49 anos	10	60	69	117	65	145	10	76	60	13	83	1015
50 a 59 anos	3						7			0		
60 e mais anos	18	22	24	23	25	55	29	27	19	29	20	291
TOTAL	39	29	42	40	33	64	27	22	29	23	25	373
TOTAL	234	128	169	241	173	322	228	187	146	245	194	2267

Fonte: SIAB (2011).

Nota-se que o PSF Pereiras é dividido em onze microáreas devido a sua extensão territorial ser bastante significativa. Em todas as microáreas a população de 20 a 49 anos predomina, em seguida destaque para os idosos acima de 60 anos.

4.2 Aspectos ambientais

Famílias cobertas por abastecimento de água segundo a modalidade na área de abrangência do PSF Pereiras, no ano de 2010.

Modalidade	Número	%
Rede pública	0	0
Poço ou nascente	765	100
Outros	0	0

Fonte: SIAB (2011).

Famílias cobertas por instalações sanitárias segundo a modalidade na área de abrangência do PSF Pereiras, no ano de 2010.

Modalidade	Número	%
Sistema de esgoto	2	0,26
Fossa	691	90,33
Céu aberto	72	9,41
TOTAL	765	100

Fonte: SIAB (2011).

Destino de lixo segundo a modalidade na área de abrangência do PSF Pereiras, no ano de 2010.

Modalidade	Número	%
Coleta pública	2	0,26
Queimado/Enterrado	720	94,12
Céu aberto	43	5,62
TOTAL	765	100

Fonte: SIAB (2011).

Por se tratar de zona rural não existe rede pública de abastecimento de água, todos os domicílios possuem nascentes ou poços artesianos, não existe sistema de esgoto, sendo 90,33% fossa e 9,41 céu aberto. Quanto ao destino do lixo, na maioria dos domicílios esses são queimados, representando 94,12%.

4.3 Aspectos socioeconômicos

Trata-se de uma comunidade que vive basicamente da agricultura e pecuária. A maioria não possui carteira de trabalho assinada e a renda é de aproximadamente um salário mínimo, para a maioria dos trabalhadores.

Existe um grande número de analfabetos, os adolescentes abandonam cedo o estudo. A violência aumentou muito nos últimos anos, devido ao aumento de usuários de álcool e drogas. Dentre as drogas mais consumidas estão cocaína, maconha e crack.

4.4 Aspectos epidemiológicos

4.4.1 Hospitalizações

Taxa de hospitalização na área de abrangência do PSF Pereiras, ano 2009 e 2010.

	2009	2010
Hospitalizações	152	128
%	6,62	5,64

Fonte: SIAB (2011).

Causas de hospitalizações na área de abrangência do PSF Pereiras, município de Candeias, ano 2009 - 2010.

Causas de hospitalizações	2009	2010
Doenças do aparelho respiratório	34	14
Doenças do aparelho circulatório	12	10

Causas de hospitalizações na área de abrangência do PSF Pereiras, município de Candeias, ano 2009 (continuação)

Causas de hospitalizações	2009	2010
Doenças do aparelho urinário	6	14
Complicações do diabetes	3	4
Cesarianas	15	12
Partos normais	4	3
Fraturas	8	5
Neoplasias	5	1
Cirurgias	31	31
Desidratação	2	5
Causas externas	4	4
Outras causas	28	25
TOTAL	152	128

Fonte: Equipe + sumário de alta hospitalar. 2011

4.4.2 Morbidade referida

Morbidade referida segundo a microárea na área de abrangência do PSF Pereiras, no ano de 2010.

Morbidade	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Alcoolismo	3	0	0	2	3	4	0	0	2	3	2	19
Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Deficiência	3	4	5	10	3	3	7	5	4	8	2	54
Epilepsia	1	1	0	3	1	4	0	0	1	1	0	12
Diabetes	1	6	3	9	3	12	4	8	8	6	3	63
Hipertensão	26	35	30	45	21	53	34	27	30	37	23	361
Tuberculose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hanseníase	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Fonte: Ficha A + SIAB. 2011

As doenças que mais acometem a população adulta são: hipertensão arterial sistêmica (16%) Diabetes mellitus (2,77%), deficiências (2,38%) e alcoolismo (0,83%). Percebe-se que há um destaque significativo para hipertensão, critério esse utilizado para desenvolvimento do trabalho.

4.4.3 Outros problemas identificados

Doenças de notificação compulsória – casos notificados em 2010.

Hanseníase: 1 caso

Dengue: 1 caso.

Fonte: Coordenação de Epidemiologia da SMS/ Candeias – MG.

Outros problemas identificados: Alta prevalência de cárie dentária;

Alto índice de verminoses.

4.4.4 Mortalidade

Mortalidade por faixa etária e sexo na área de abrangência do PSF Pereira no ano de 2009 e 2010.

Faixa etária	2009		2010	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
< 1 ano	01	0	0	0
1 a 4 anos	0	0	0	0
5 a 14 anos	0	0	0	0
15 a 49 anos	0	0	0	0
50 e mais	04	03	03	02
TOTAL	05	03	03	02

Fonte: Registro da Equipe. 2011

Óbitos de residentes segundo causas na área de abrangência do PSF Pereiras no ano de 2009 e 2010.

Causas	2009	2010
Doenças do aparelho circulatório	02	01
Doenças do aparelho respiratório	01	01
Neoplasias	03	02
Causas externas	01	01
Demais causas	01	00
TOTAL	08	05

Fonte: Registros da Equipe. 2011

Nos últimos anos, houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população, com aumento dos óbitos causados por doenças crônico-degenerativas e causas externas. As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade entre os fatores de risco para doença cardiovascular, encontram-se o diabetes mellitus e a hipertensão arterial, fatores independentes e sinérgicos.

4.5 Indicadores de Cobertura

Acompanhamento de alguns indicadores, PSF Pereiras, ano 2009 e 2010.

Indicador	2009	2010
Número de recém-nascido	23	18
% RNs pesados	100	100
% RNs peso < 2500 Kg	21,74	11,11
% de aleitamento exclusivo em < 6 meses	85,71	80
% de < 1 ano com vacina em dia	100	100
% de < 1 ano desnutrida	4,17	00
Número de gestantes cadastradas	10	10
% de gestantes < 20 anos	20	30
% de gestantes vacinadas	100	100
% de consultas no primeiro trimestre	90	100

Fonte: Registros da Equipe. 2011

Com relação às crianças e gestantes a tabela mostra claramente um acompanhamento eficaz com 100% de cobertura vacinal, 80% das mães em aleitamento materno exclusivo e todos os RN's pesados e acompanhados.

4.6 Produção da Equipe de Saúde

Consultas Médicas do PSF Pereiras, nos anos de 2009 e 2010.

Indicador	2009	2010
Total de consultas médicas	5052	5805
Média mensal	421	483
Consulta habitante/ano	2,2	2,56

Fonte: Registros da Equipe + SIAB. 2011

Atendimento aos programas pelo PSF Pereiras, nos anos de 2009 e 2010.

Indicador	2009	2010
% puericultura	6,03	8,25
% pré-natal	8	9
% prevenção de câncer cérvico-	5,41	7,42

uterino		
% diabetes	4,65	5,12
% hipertensão	11,71	11,35
% hanseníase	0,21	00
% tuberculose	00	00
TOTAL	36,01	41,14

Fonte: SIAB (2011).

Acompanhamento de alguns indicadores do PSF Pereiras, nos anos de 2009 e 2010.

Indicadores	2009	2010
Total de encaminhamentos	554	843
Para atendimento especializado	501	761
Para internações hospitalares	47	67
Para urgência/ emergência	6	15

Acompanhamento de alguns indicadores do PSF Pereiras, nos anos de 2009 e 2010. (continuação)

Indicadores	2009	2010
Total de exames solicitados	3428	4658
Patologia clínica	2744	3941
Radiodiagnóstico	182	185
Exames citocervico-vaginal	279	281
Ultrassonografia obstétrica	115	150
Outros exames	108	101

Fonte: SIAB (2011).

Consultas médicas segundo faixa etária, na área de abrangência do PSF Pereiras, nos anos de 2009 e 2010.

Faixa etária	2009	2010
< 1 ano	67	85
1 a 4 anos	206	264
5 a 9 anos	226	287
10 a 14 anos	223	261

15 a 59 anos	3226	3660
60 anos e +	1104	1248
TOTAL	5052	5805

Fonte: SIAB (2011).

Procedimentos realizados pelo PSF Pereiras, nos anos de 2009 e 2010.

Procedimentos	2009	2010
Atendimentos individuais da enfermeira	104	162
Consultas Médicas	5052	5805
Curativos	79	38
Inalações	02	04
Injeções	104	240
Retirada de pontos	35	33
TRO	05	05

Procedimentos realizados pelo PSF Pereiras, nos anos de 2009 e 2010.(continuação)

Procedimentos	2009	2010
Grupo de educação em saúde	03	05
Reuniões	20	15

Fonte: SIAB (2011).

Visitas domiciliares realizadas pelo PSF Pereiras, nos anos de 2009 e 2010.

Visitas domiciliares	2009	2010
Médico	24	115
Enfermeira	114	79
Auxiliar	214	151
ACS	12565	11354
Total de visitas	12917	11699
Média mensal de visitas	1077	975

Fonte: SIAB (2011).

Com relação à produção da equipe PSF Pereiras há um destaque para as consultas médicas, principalmente verificando o alto número de encaminhamentos (843) feito para atenção secundária e terciária. Quanto aos programas de atendimento existe uma adesão satisfatória, sendo 8,25% das crianças acompanhadas nas puericulturas, 9% das gestantes realizam consultas de pré-natal, 7,42% das mulheres realizam prevenção de câncer de cérvico-uterino, 5,12% dos diabéticos e 11,35% dos hipertensos são acompanhados. Quando se analisa os procedimentos realizados os grupos de educação em saúde representam a minoria, prevalecendo o atendimento individual.

4.7 Observação Ativa

A seguir, citamos os principais pontos observados que refletem o perfil da população atendida.

- Famílias com condições precárias de higiene;
- Alta prevalência de mitos em relação a saúde;
- Baixa escolaridade;
- Uso abusivo de álcool pelos adolescentes;
- Alta participação da população nos eventos religiosos;
- Doenças mais prevalentes: doenças infecciosas, diabetes e hipertensão;
- Poucas áreas de lazer.
- Desemprego;
- Violência;
- Verminoses;
- Drogas;
- Aumento de diabéticos e hipertensos;
- Falta de opção de lazer;

5 PLANO DE AÇÃO

Plano de ação tem como propósito melhorar a qualidade de vida da população por meio da adoção de modos de vida ativos e saudáveis.

O quadro a seguir descreve o plano de ação em detalhes.

Problemas	Atividades	Ações	Metas	Responsáveis	Período
Hábitos e estilos de vida inadequados	Promover práticas de atividades regulares; Promover orientação nutricional regularmente a este grupo.	Montar grupos de caminhada e alongamento; Realizar consultas de avaliação e orientação sobre alimentação saudável ; Realizar palestras na UBS envolvendo a população de risco; Realizar eventos de sensibilização da comunidade.	Diminuir em 20% o número de Hipertensos obesos e sedentários do PSF Pereiras.	Profissional de Educação Física (NASF) Nutricionista (NASF) Equipe de saúde da Família (ESF)	Contínuo
Baixo nível de informação da população	Fornecer orientações para a população sobre os fatores de risco da hipertensão, suas complicações e tratamento.	Realização de palestras, oficinas de grupo, distribuição de panfletos e divulgação em rádio sobre temas da hipertensão.	Aumentar o nível de informação da população, tornando-os mais adeptos aos programas de atenção ao hipertenso.	Profissionais da atenção básica	Set/2013
Ausência de protocolos municipais para os profissionais	Reunião com os profissionais de saúde para a formulação dos protocolos.	Implantação dos protocolos.	Guiar a equipe para um acompanhamento sistematizado e qualificado.	Médicos e Enfermeiros da ABS.	Out//2013
Estrutura deficiente dos serviços de saúde	Planejamento de ações relacionadas ao atendimento dos hipertensos.	Entrega programada dos medicamentos para hipertensos na UBS. Realização dos exames previstos na linha guia para 80% dos Hipertensos.	Supervisionar o uso correto dos antipertensivos, pelos pacientes e monitorar o estado de saúde dos mesmos.	Farmacêutico (NASF). Médico e Enfermeiro da UBS.	Nov/2013

Problemas	Atividades	Ações	Metas	Responsáveis	Período
Insegurança das agentes comunitárias de saúde (ACS) em orientar a população quanto a hipertensão.	Educação em saúde.	Capacitação das ACS sobre a doença, suas complicações, tratamento e prevenção.	Aumentar o conhecimento das ACS quanto a doença.	Enfermeiros do PROVAB (Programa de Valorização da atenção Básica)	Março/2013
Monitoramento e acompanhamento ineficaz.	Agendamentos semestrais para os hipertensos de acordo com a linha guia; Criação de arquivo rotativo; Acompanhamento e monitoramento através da Ficha B-HA.	Controlar a marcação de consultas de 6 em 6 meses; Fazer busca ativa dos faltosos às atividades da UBS.	Acompanhar o estado de saúde dos hipertensos e sua adesão as atividades fornecidas na UBS.	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e ACS.	Mai/2013

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho, verificou-se que o PSF Pereiras segue o quadro sanitário brasileiro, apresentando como problema de saúde relevante a hipertensão arterial, que necessita de ações para o controle da doença. O maior desafio para os profissionais de saúde desta unidade consiste em ensinar às pessoas com hipertensão a viver e manejar a doença diante das situações que se apresentam no dia-a-dia. Isso significa educar para que as mudanças comportamentais aconteçam e se mantenham ao longo da maior parte da trajetória da doença e da vida.

O projeto tem como missão desenvolver um plano de ação para ajudar os hipertensos obesos e sedentários a adquirirem conhecimentos, habilidades e comportamentos necessários para controlar a hipertensão e melhorar a qualidade de vida, evitando possíveis complicações.

O plano desenvolvido permitirá além da identificação precoce dos casos, reduzir as complicações e óbitos decorrentes da hipertensão, melhorar a qualidade da saúde da população e conseqüentemente reduzir gastos com hospitalizações, exames e medicações. Um dos grandes desafios na implantação do plano de ação envolve os múltiplos fatores na adesão, tais como: condições socioeconômicas, hábitos de vida, aspectos culturais, gestão do modelo assistencial e integração da equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface - Comunic; Saúde; Educ., V.9, n.16, p. 39-52, set.2004/ fev,2005.
- ARAÚJO, K. G_. **Plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de hipertensão arterial em idosos no PSF São Jerônimo - município de Teófilo Otoni-MG.** Monografia -(Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Teófilo Otoni, 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58 p.
- CICCO, L. H. S. de. Hipertensão arterial? E agora? Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/consiio.htm>>. Acesso em: 02 jun. 2007.
- GERSHAMAN, S. **A Democracia Inclusiva: um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) **Censo Demográfico. População.** 2010. Disponível em: [http:// WWW.ibge.gov.br/ cidadesat/ p.php? codmum=317200#](http://WWW.ibge.gov.br/cidadesat/p.php?codmum=317200#)
- LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis. IN: Lessa, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis.** São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998. cap 2, p.29-42.
- LONGO, M. A. T. et al. Hipertensão Arterial Sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de Psicogeriatría do Instituto Bairral de Psiquiatria, no Município de Itapira, SP. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2011 . Disponível em <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 nov. 2012.
- MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual.**Ciência e Saúde Coletiva**, 12 (2); p. 335 - 342, 2007.
- Ministério da Saúde. **Relatório técnico da campanha nacional de detecção de suspeitos de diabetes mellitus.** Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde, Ministério da Saúde; 2001.
- SEEDHOUSE, D. **Reforming health care: the philosophy and practice of international health reform.** John Wiley & Sons Ltd., West Sussex, England, 1995.

SHOJI, V. M.; Forjaz C.L.M. Treinamento físico da hipertensão. **Rev Soc Cardiol** Estado de São Paulo 2000; 10:7-14.

SIAB- Sistema de Informação de Atenção Básica- MS. Brasília 2011.

Silva M.A.et al. Enfermeiro e grupos em PSF: possibilidade para participação social. **Cogitare Enferm.** 2006 maio;11(2):143-9.

Sociedade Brasileira de Hipertensão. III Consenso brasileiro de hipertensão arterial. **Rev Bras Cardiol** 1998; 1:92-133.