

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

RAFAEL PORTO SILVA

**ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DOS PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA LAGOA DOS MANDARINS, EM DIVINÓPOLIS, MINAS
GERAIS**

DIVINÓPOLIS / MINAS GERAIS

2014

RAFAEL PORTO SILVA

**ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DOS PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA LAGOA DOS MANDARINS, EM DIVINÓPOLIS, MINAS
GERAIS**

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: Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes

DIVINÓPOLIS / MINAS GERAIS
2014

RAFAEL PORTO SILVA

**ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DOS PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA LAGOA DOS MANDARINS, EM DIVINÓPOLIS, MINAS
GERAIS**

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: Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes

Banca examinadora

Professora: Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes - Orientadora

Professor: Edison José Corrêa - Examinador

Aprovado em Belo Horizonte: 25/01/2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida.

A minha família pelo apoio incondicional.

A meus colegas pela cumplicidade.

A equipe do Programa Saúde da Família Lagoa dos Mandarins pelo acolhimento e por todos os instantes de trabalho em equipe.

“Não sou aquele que sabe. Sou aquele que busca.”

Hermann Hesse

RESUMO

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Lagoa dos Mandarins, localizada na periferia do município de Divinópolis – MG, tem uma população adstrita de aproximadamente 1.900 pessoas, composta em sua maioria por adultos e idosos, de acordo com dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica. Um dos principais problemas de saúde encontrado foi o acompanhamento deficitário dos hipertensos da área, situação preocupante, pois as complicações cardiovasculares decorrentes a ela são a principal causa de morte no Brasil. A Hipertensão Arterial Sistêmica é definida como uma morbidade quando a pressão arterial (PA) atinge níveis a partir de 140/90 mmHg. É o mais fácil e corrigível fator de risco identificado para a diminuição da doença arterial coronariana (DAC), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP), entre outras doenças. O objetivo deste projeto de intervenção é classificar a população adstrita em grupos de risco cardiovascular visando um melhor controle e acompanhamento do tratamento da hipertensão. Para tanto será solicitado o comparecimento da população acima de 40 anos à unidade para poder ser avaliada e classificada de acordo com o risco cardiovascular pelo Escore de Framingham. Os fatores de risco adicionais para a HAS referem-se à idade, homens acima de 55 anos e de mulheres acima de 65 anos; ao tabagismo; às dislipidemias e à presença de diabetes mellitus. Com a coleta dos dados referentes a esse problema, será criado um HIPERDIA, para poder dar atendimento preferencial a esses usuários. Esse projeto contribuirá principalmente para a melhoria da qualidade de vida da população pela qual a UBS Lagoa dos Mandarins é responsável, atuando na prevenção de agravos, na recuperação e promoção da saúde.

Palavras-chave: Hipertensão . Fatores de risco. Saúde da Família.

ABSTRACT

The basic health unit Lagoa dos Mandarins located on the outskirts of the of Divinópolis - MG has an enrolled population of about 1,900 people, consisting mostly of older adults, according to data provided by Information System of Basic attention. One of the main health problems found was deficient monitoring of hypertensive. In this regard one needs to perform primarily a registration of all affected individuals. The Systemic Hypertension is defined as a morbidity when blood pressure (BP) reaches levels above 140 /90 mmHg. Cardiovascular complications due to it are the main causes of death in Brazil. It is the easiest and correctable risk factor identified for reduction of coronary artery disease (CAD), heart failure (HF), peripheral arterial disease (PAD) among other diseases. The goal is to classify enrolled population in risk groups aiming at a better control and monitoring of the treatment of hypertension population. Population over 40 years will be asked to be evaluated and thus be classified according to the cardiovascular risk by Framingham score. The additional risk factors for hypertension relate to age of men over 55 and women over 65; smoking, dyslipidemia and diabetes mellitus. With the collection of data on this issue, we are creating a HIPERDIA, in order to give preference in taking care of these users. This project will mainly contribute to a better quality of life for the population for which the UBS Lagoa dos Mandarins is responsible, working in injury prevention, recovery and health promotion .

Keywords Hypertension. Risk factors. Family health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE – acidente vascular encefálico
CEFET – Centro Federal de Educação Tecnológica
DAC – doença arterial coronariana
DAP – doença arterial periférica
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
FR – fator de risco
HAS – hipertensão arterial sistêmica
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC – insuficiência cardíaca
IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
MG – Minas Gerais
PIB – Produto Interno Bruto
PSF – Programa Saúde da Família
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFSJ – Universidade Federal de São João Del Rei

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	JUSTIFICATIVA	11
3	OBJETIVO	12
4	MÉTODO	13
5	REFERENCIAL TEÓRICO	16
6	CONTEXTO DE APLICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO	19
6.1	IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO	19
6.2	HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO	19
6.3	DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO	19
6.4	SISTEMA LOCAL DE SAÚDE	20
6.5	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	21
6.6	ANÁLISE SITUACIONAL	22
7	PLANO DE AÇÃO	24
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
	REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde Lagoa dos Mandarins se localiza na periferia da cidade de Divinópolis. A população atendida é de 1.862 pessoas pelos dados da Secretaria Municipal de Saúde / SIAB de novembro de 2013. A população adstrita é composta em sua maioria por adultos e idosos e seus principais problemas de saúde levantados referem-se à dependência de muitos usuários, principalmente idosos, de psicotrópicos e ao acompanhamento deficitário dos hipertensos e diabéticos da área. Diante desse quadro e da possibilidade de enfrentamento com os recursos disponíveis, o acompanhamento e controle dos pacientes com HAS assume o topo da lista de prioridade e importância quanto ao que pode ser iniciado de forma mais precoce. A esse respeito necessita-se realizar primeiramente um cadastramento de todos os indivíduos acometidos, e planejar ações que tenham neste segmento populacional enfoque prioritário. Pretende-se com esse projeto contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população pela qual a UBS Lagoa dos Mandarins é responsável.

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM) de 2010, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de óbitos no país com cerca de 30,87% dos óbitos em todas as regiões, à frente das neoplasias que são responsáveis por 16,93% (DATASUS, 2010).

A Unidade Básica de Saúde Lagoa dos Mandarins, da cidade de Divinópolis, MG, atende uma população composta em sua maioria por adultos e idosos, tendo como principais problemas de saúde as complicações do acompanhamento e controle deficitário dos hipertensos e diabéticos da área, além da dependência de muitos usuários, principalmente idosos, de psicotrópicos.

Diante desse quadro e da possibilidade de enfrentamento com os recursos disponíveis, o acompanhamento e controle dos pacientes com HAS assume o topo da lista de prioridade e importância quanto ao que pode ser iniciado de forma mais precoce. A esse respeito necessita-se realizar primeiramente um cadastramento de todos os indivíduos acometidos e a partir deste quantitativo planejar ações de educação, orientação dietética e de comportamento visando adesão ao tratamento e controle da hipertensão. Nesse sentido espera-se com este projeto contribuir principalmente para a melhoria da qualidade de vida da população pela qual a UBS Lagoa dos Mandarins é responsável. Para contextualizar a área de atuação onde será feita a intervenção descreveremos posteriormente o município de Divinópolis.

3 OBJETIVOS

- Classificar a população adstrita em grupos de risco visando um melhor controle e acompanhamento do tratamento da hipertensão, atuando desta maneira na prevenção das complicações relacionadas a essa doença.
- Realizar atividades de orientação, esclarecimento e incentivo a novas práticas alimentares e comportamentais de prevenção e controle da hipertensão.

4 MÉTODO

Para classificar os adultos em grupos de risco as agentes de saúde estão realizando visitas domiciliares e solicitando a população com idade acima de 40 anos, que vá a unidade para poder ser avaliada e orientada e conseqüentemente classificada de acordo com o risco cardiovascular, utilizando para tanto o escore de Framingham.

Os fatores de risco (FR) adicionais para a HAS referem-se a homens com idade acima de 55 anos e mulheres acima de 65 anos; o tabagismo; as dislipidemias, especialmente, triglicérides acima de 150 mg/dL, LDL-colesterol maior que 100 mg/dL e HDL-colesterol menor que 40 mg/dL; a presença de diabetes mellitus associada à história familiar prematura de doença cardiovascular em homens com idade menor que 55 anos e mulheres com idade menor que 65 anos. Como colocado nas tabelas 1 e 2:

Tabela 1- Escore de Framingham revisado para homens:

Pontos	Idade	HDL	Colesterol total	PAS não tratada	PAS tratada	Tabagismo	Diabetes
-2		60+		<120			
-1		50-59					
0	30-34	45-49	<160	120-129	<120	NÃO	NÃO
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	<35	200-239	140-159	120-129		
3			240-279	160+	130-139		SIM
4			280+		140-159	SIM	
5	40-44				160+		
6	45-49						
7							
8	50-54						
9							
10	55-59						
11	60-64						
12	65-69						
13							
14	70-74						
15	75+						

Onde: HDL= Colesterol HDL (*High Density Lipoprotein*); PAS= pressão arterial sistólica.

Fonte: Minas Gerais – Secretaria de Estado de Saúde, 2013.

Tabela 2 – Escore de Framingham revisado para mulheres:

Pontos	Idade	HDL	Colesterol total	PAS não tratada	PAS tratada	Tabagismo	Diabetes
-3				<120			
-2		60+					
-1		50-59			<120		
0	30-34	45-49	<160	120-129		NÃO	NÃO
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	<35		140-149	120-129		
3			200-239		130-139	SIM	
4	40-44		240-279	150-159			SIM
5	45-49		280+	160+	140-149		
6					150-159		
7	50-54				160+		
8	55-59						
9	60-64						
10	65-69						
11	70-74						
12	75+						

Fonte: Minas Gerais – Secretaria de Estado de Saúde, 2013.

De acordo com pontuação obtida o risco cardiovascular pode ser estimado para homens e mulheres:

Tabela 3 – Estimativa do risco cardiovascular para homens:

Pontos	Risco cardiovascular % (10 anos)
Menor ou igual a -3	<1
-2	1,1
-1	1,4
0	1,6
1	1,9
2	2,3
3	2,8
4	3,3
5	3,9
6	4,7
7	5,6
8	6,7
9	7,9
10	9,4
11	11,2
12	13,2
13	15,8
14	18,4
15	21,8
16	25,3
17	29,4
18+	maior que 30

Fonte: Minas Gerais – Secretaria de Estado de Saúde, 2013.

Tabela 4 – Estimativa do risco cardiovascular para mulheres:

Pontos	Risco% (10 anos)
menor ou igual -2	<1
-1	1
0	1,2
1	1,5
2	1,7
3	2
4	2,4
5	2,8
6	3,3
7	3,9
8	4,5
9	5,3
10	6,3
11	7,3
12	8,6
13	10
14	11,7
15	13,7
16	15,9
17	18,5
18	21,5
19	24,8
20	28,5
21 ou mais	>30

Fonte: Minas Gerais – Secretaria de Estado de Saúde, 2013.

Dessa forma os indivíduos serão estratificados de acordo com a estimativa de risco cardiovascular:

Quadro 1 – Estimativa do Risco Cardiovascular

Estratificação	Critério (Framingham revisado)
HAS de baixo risco cardiovascular	Estimativa de risco cardiovascular menor que 10% em 10 anos. Pontos: 2 a 10.
HAS de moderado risco cardiovascular	Estimativa de risco cardiovascular entre 10% a 20% em 10 anos. Pontos: 11 a 14.
HAS de alto risco cardiovascular	Estimativa de risco cardiovascular maior que 20% em 10 anos. Pontos: 15 a 18+.

Fonte: Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Minas Gerais, 2012 (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida como uma morbidade quando a pressão arterial (PA) atinge níveis a partir de 140/90 mmHg. As complicações cardiovasculares decorrentes a ela são as principais causas de morte no Brasil. É o mais fácil e corrigível fator de risco identificado para a diminuição da doença arterial coronariana (DAC), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP), nefropatia hipertensiva, retinopatia hipertensiva, acidente vascular encefálico (AVE) entre outras doenças (GOLDMAN, 2012):

- A redução da PA é de fundamental importância para a prevenção de eventos relacionados à DAC, uma vez que a associação entre HAS e DAC independe da idade do paciente. A DAC possui uma gama variada de manifestações clínicas, desde assintomático até dor precordial típica e edema pulmonar.
- A insuficiência cardíaca, de acordo com a III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009), é uma síndrome que, devido a uma anormalidade na função ou estrutura cardíaca, leva a uma incapacidade do coração em ejetar o sangue a um volume compatível com a demanda metabólica. Além da HAS, outros fatores que contribuem para a sua formação são o diabetes mellitus, a doença de Chagas e a doença isquêmica coronariana.
- Os achados clínicos da DAP podem demorar um longo período para se manifestarem e até se tornarem graves. Ela ocorre devido a uma diminuição do fluxo arterial para os membros inferiores em consequência à oclusão dos leitos arteriais. Tem como principal causa o processo aterosclerótico. Sua manifestação mais comum é a claudicação intermitente (sensação de dor ou queimação em panturrilhas ou nádegas ao caminhar ou realizar outras atividades físicas, que melhora quando a pessoa fica em repouso). Outros fatores que contribuem em sua gênese são a obesidade, o tabagismo, dislipidemia e história familiar e diabetes mellitus.
- Nefropatia hipertensiva é a principal causa de doença arterial crônica com necessidade de diálise e/ou transplante. As alterações estruturais que ocorrem nessa nefropatia levam a uma diminuição da taxa de filtração glomerular e a proteinúria, levando a uma insuficiência renal em longo prazo.

- A HAS pode provocar uma séria de alterações oculares: predispõem à ocorrência de oclusões dos vasos venosos e arteriais, a embolia da artéria retiniana e agravamento da retinopatia diabética. Ela é caracterizada principalmente pelo espessamento da parede arteriolar, isquemia do nervo óptico e com formação de exsudatos e de sangramentos, podendo levar a cegueira.
- O acidente vascular encefálico (AVE) é uma das principais complicações da HAS. Ele ocorre devido à necrose do tecido encefálico em consequência a perfusão inadequada. Os seus principais fatores de risco incluem ser do sexo masculino, idade, acima de 55 em homens e de 65 em mulheres, diabetes mellitus, tabagismo, hipertensão e dislipidemia. O tipo mais frequentemente observado é o AVE isquêmico, caracterizado pela hipoperfusão tecidual, tendo na sua origem a trombose, o embolismo ou a hipoperfusão sistêmica como causa.

Devido ao aumento das taxas de envelhecimento e de obesidade da população e as suas relações com a HAS, é esperado que a prevalência dessa doença - que no estado de Minas Gerais é de 20% de acordo com a SES/MG - cresça ainda mais (MINAS GERAIS - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2006). Por ter um caráter assintomático na maioria dos casos, gera um diagnóstico tardio em muitos pacientes. O fardo de necessitar de medicação de uso contínuo e sentir seus efeitos colaterais, necessidade de mudanças nos hábitos de vida e a falta de conhecimento da população sobre o tema contribuem para a diminuição da aderência ao tratamento.

Dados de inquéritos populacionais no Brasil descritos na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010) mostram uma prevalência da HAS no país acima de 30%, sendo um pouco maior em homens. Ainda de acordo com esse documento estudos clínicos revelaram um índice baixo de controle da PA – 19,4%.

De acordo com Goldman e Schafer (2012) em 90 a 95% dos pacientes não são identificados uma única causa reversível de aumento da pressão sanguínea, mas na maioria podem ser identificados comportamentos de risco (alta ingestão calórica e de sal, tabagismo, etilismo e sedentarismo), que contribuem para a ocorrência da doença.

As mudanças no estilo de vida constituem ponto fundamental no tratamento dos

pacientes com HAS, que muitas vezes ignoram essas recomendações, deixando todo o peso do tratamento nas medidas farmacológicas.

Medidas de controle e de redução da PA consideradas importantes são (MINAS GERAIS - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2013):

- Perdas de peso e da medida da circunferência abdominal correlacionam-se com reduções da PA e melhora de alterações metabólicas associadas. O êxito depende de mudança comportamental e da reeducação alimentar: dieta rica em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixos teores de gordura.
- Ingestão de sal: a redução do consumo de sal de adição ou em alimentos industrializados deve ser encorajada. Dieta hipossódica proporciona rápida e importante redução da PA.
- Álcool: um alto consumo de etanol eleva a PA e está associada a maiores morbimortalidade cardiovasculares. Devem-se orientar aqueles que têm o hábito de ingerir bebidas alcoólicas a não ultrapassarem 30 g de etanol ao dia, para homens; sendo a metade dessa quantidade aceita para as mulheres.
- Atividade física: é recomendada a estimulação à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por pelo menos 30 minutos por dia, cinco vezes/semana para prevenção, e diariamente para o tratamento da HAS.
- Tabagismo: a cessação do tabagismo está relacionada à prevenção de doenças cardiovasculares, porém até o presente momento não há evidências que essa medida cause diminuição da PA.

O tratamento farmacológico da PA tem como princípio além da redução dos níveis tensionais, a redução dos eventos cardiovasculares e conseqüentemente a mortalidade. Para tanto são utilizados várias classe de medicamentos isoladamente ou em associações. A sua escolha deve levar em conta a eficácia, o número de tomadas diárias e ocorrência de possíveis efeitos colaterais. As principais classes utilizadas são os diuréticos, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II e betabloqueadores (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

Com a maioria da população brasileira dependente do Sistema Único de Saúde (SUS), é importante que os profissionais da área estejam sempre atentos ao tema, esclarecendo a população sobre os comportamentos de risco modificáveis e a detecção precoce da doença.

6. CONTEXTO DE APLICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

6.1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

Divinópolis é um município brasileiro, do estado de Minas Gerais polo da região centro-oeste do Estado, localizada a oeste da capital, Belo Horizonte, a aproximadamente 120 km de distância. Limita-se ao norte com Nova Serrana, a noroeste com Perdigão, a oeste com Santo Antônio do Monte, a sudoeste com São Sebastião do Oeste, ao sul com Cláudio e a leste com Carmo do Cajuru e São Gonçalo do Pará sendo cortada por dois rios: Itapecerica e Pará. O rio Itapecerica é a principal fonte de captação de água do município (WIKIPÉDIA, 2013).

Segundo o Censo realizado no ano de 2010 (IBGE, 2010), Divinópolis ocupa a 12ª posição do total de 853 cidades, no *ranking* das cidades mais populosas do estado de Minas Gerais, com população total de 213.076 habitantes. A taxa de crescimento populacional atual é de 4,2%.

6.2 HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO

Divinópolis foi fundada em 1767 por cinquenta famílias que viviam em propriedades próximas aos rios Itapecerica e Pará. O primeiro assentamento ocorreu próximo às margens daquele rio e a partir daí começou a ser denominado Paragem do Itapecerica. Em 1770 passou a se denominar Espírito Santo do Itapecerica, tendo um distrito da cidade denominado de Tamanduá (hoje cidade de Itapecerica). Em 1912 se tornou cidade com o nome de Divinópolis. A chegada da estrada de ferro Oeste de Minas, em 1890, permitiu a instalação de indústrias siderúrgicas de aço e ferro, ocasionando grande desenvolvimento da cidade.

6.3 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO

A área total do município é de 708.909 km². Possui uma densidade demográfica de 300,57 hab./km². O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Divinópolis, de acordo com o Programa das Nações Unidas para o

Desenvolvimento (PNUD) é 0,764 em 2010, faixa de classificação alto (IDHM entre 0,700 e 0,799) (Atlas de Desenvolvimento Humano, 2013). A cidade tem um PIB de aproximadamente R\$ 3,7 bilhões, com renda per capita de 17.338,61 reais (IBGE / 2011).

Ao fim dos anos 1970 os problemas econômicos da indústria siderúrgica forçaram a demissão e o fechamento de empresas. As dificuldades provocaram o surgimento da indústria da confecção que contornou o desemprego crescente e se transformou em importante alternativa econômica. O efeito imediato foi o incremento da construção civil e dos transportes rodoviários e uma moderada redução dos problemas sociais. Hoje, cerca de 20 mil pessoas estão diretamente empregadas a esse setor, mantendo aceitável o nível de desemprego. Divinópolis é a cidade-polo do Alto São Francisco, conhecida pela qualidade de suas confecções, mas destacada também pela prestação de serviços de profissionais liberais, pelos serviços da administração pública dos três níveis, pelo comércio diversificado e pela qualidade de suas escolas de ensino regular e de graduação superior em mais de 15 áreas (WIKIPEDIA, 2013).

Segundo a prefeitura, o município recebeu nota 5,32 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, ficando entre as 64 mais bem classificadas do Brasil. Atualmente, 30% das escolas que possuem ensino fundamental avaliadas pelo IDEB em Divinópolis pertencem à rede municipal de ensino. Divinópolis abriga também o Campus Dona Lindu da Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ). A unidade oferta quatro cursos na área da saúde: Bioquímica, Enfermagem, Farmácia e Medicina. O CEFET-MG também possui uma unidade na cidade, oferecendo três cursos técnicos integrados ao ensino médio, Eletromecânica, Informática e Produção de Moda, além do curso em nível superior de Engenharia Mecatrônica. Ambas as instituições visam formar profissionais nessas áreas para suprir a demanda de mão-de-obra nos setores que mais empregam na região centro-oeste de Minas.

6.4 SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

O Conselho Municipal de Saúde é composto por 24 membros, realizando

reuniões a cada mês. O Programa Saúde da Família conta com 18 unidades atualmente no município e com 73.440 pessoas cadastradas distribuídas nas seguintes faixas etárias (TAB. 1).

Tabela 1 – Distribuição por faixa etária e sexo da população cadastrada no Programa saúde da Família, em janeiro de 2013, Divinópolis

Sexo	Faixa Etária					Total
	0 a 9 anos	10 a 19	20 a 49	50 a 59	> 60	
Masculino	4879	6530	17834	3895	3325	36468
Feminino	4643	6246	18349	4110	3629	36977
TOTAL	9522	12776	36183	8006	6954	73440

Fonte: SIAB, 2013

Ainda é necessário o ampliar o cadastramento de muitas famílias, pois só 21.729 famílias (35,7%) das 60.879 famílias do município estão atualmente no programa.

Para o atendimento dos encaminhamentos para especialidades médicas pelo SUS a referência é a Policlínica Municipal, porém a contra referência ainda é deficiente pela ausência de prontuário eletrônico. O Hospital São João de Deus é mantido pela Universidade Federal de São João Del Rei (HFSJ) e possui parceria também com a Prefeitura no funcionamento do Pronto-Socorro 24 horas. Vínculos profissionais são contratuais ou via concurso público (DIVINÓPOLIS – PREFEITURA MUNICIPAL, 2013).

Possui também uma clínica psiquiátrica – São Bento e um laboratório pra realização de exames – CEMAS. Conta com escolas municipais e creches – CEMEI.

O abastecimento de água tratada chega a 91,94 % da população do município. A coleta de lixo público é alcançada em 92,89% do município e o sistema de esgoto está presente em 68,03% das residências, de acordo com dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do município (DATASUS, 2013)

6.5 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A Unidade Básica de Saúde Lagoa dos Mandarins se localiza na rua Mariana, número 121, no Bairro Lagoa dos Mandarins. O local é de fácil acesso, por ônibus, carro ou a pé para a população atendida, por ser a rua pavimentada. O horário de funcionamento é de 07h30min às 11h30min pela manhã e de 13h30min às 17h30min

na parte da tarde.

Funciona em uma casa alugada pela prefeitura, porém com estrutura inadequada. A varanda é utilizada como sala de espera. O local conta com 13 profissionais sendo: um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista, três agentes de saúde, um fisioterapeuta, um psicólogo, duas agentes de saúde bucal, uma faxineira e um motorista. O fisioterapeuta e o psicólogo trabalham um dia por semana na unidade e os demais cumprem uma carga horária de 40h semanais. No local são ministradas aulas de Saúde da Família por professores da Faculdade de Medicina da UFSJ, nas segundas e quartas feiras. Todos os funcionários são bastante disponíveis para atender a população, de 1.862 pessoas pelos dados da Secretaria Municipal de Saúde / SIAB de novembro 2013.

A unidade conta com dois consultórios médicos, um consultório odontológico, dois banheiros, uma secretaria e uma área para recepção. O local não dispõe de sala para vacinação nem para curativo.

6.6 ANÁLISE SITUACIONAL

Em discussão com os membros da equipe de Saúde da Família da unidade de Lagoa dos Mandarins verificou-se que o ambiente possui problemas principalmente em sua estrutura física. Como a população adstrita é de aproximadamente 1.900 pessoas, existem problemas relacionados à demanda, à falta de sistematização e quanto aos critérios na identificação dos problemas de saúde da população, mas são de menor intensidade quando comparado com outras unidades.

A falta de sala para vacinação e para curativo faz com que as pessoas que precisem desses cuidados sejam encaminhadas para outras unidades de saúde, o que provoca insatisfação dos usuários, principalmente dos que necessitam se deslocar para lugares distantes por uma situação que poderia ser resolvida localmente. A prefeitura sabe desse problema, mas infelizmente não existe ainda um plano para mudar essa situação, seja através da locação de um lugar mais adequado ou da construção de um estabelecimento de acordo com as necessidades de uma unidade de saúde da família. Dessa forma não é possível para a equipe estabelecer uma ordem de prioridade para solução desse problema, pois o mesmo não tem como

ser resolvido sem o interesse da prefeitura. Assim por contar com uma população adstrita composta, em sua maioria, por adultos e idosos, os principais problemas de saúde identificados referem-se à dependência de muitos usuários, principalmente idosos, de psicotrópicos e ao acompanhamento deficitário dos hipertensos e diabéticos da área. Esse projeto visa, portanto, à melhoria da qualidade de vida da população pela qual a UBS Lagoa dos Mandarins é responsável.

7 PLANO DE AÇÃO

A população adstrita acima de 40 anos é composta por 266 homens e 321 mulheres, em um total de 587 pessoas. Dessas aproximadamente 207 pessoas (35%) já foram avaliadas quanto à presença de HAS (26%) e tiveram consequentemente o risco cardiovascular calculado de acordo com o escore de Framingham. A taxa de sobrepeso e obesidade na população avaliada foi de 37% e a de tabagismo 15%. A prevalência de Diabetes Mellitus foi de 13%. A grande maioria, quase 80%, não praticava nenhuma atividade física regularmente.

A maioria se apresentou com risco cardiovascular baixo a moderado, mas 21% dos indivíduos foram classificados em alto risco.

Sabendo em que risco o paciente se encontra, será possível definir melhor a abordagem, individual, assim como sobre a necessidade de realizar consultas com especialista. Dessa maneira o atendimento a esse grupo de risco será otimizado e espera-se com isso uma diminuição das complicações decorrentes dessa doença e uma melhora da qualidade de vida dessas pessoas. É necessário também mudanças no estilo de vida da população, diminuindo a incidência dos fatores agravantes relacionados à HAS.

Com a coleta dos dados referentes a esse problema, estamos criando um HIPERDIA, para poder dar atendimento preferencialmente a esses usuários e acompanhar de perto a aderência ao tratamento proposto.

Serão criados grupos operativos, com a participação dos pacientes com HAS e os profissionais da área de saúde (médico, enfermeira, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional). A partir da abordagem multidisciplinar e da possibilidade de levar a informação ao paciente da forma mais acessível e dinâmica, acredita-se que ocorrerá uma maior adesão às mudanças de estilo de vida, ao uso correto da medicação, a preocupação com o controle crônico da HAS e a uma maior autonomia em relação ao acompanhamento de sua saúde. A abordagem será centrada em questões preventivas e de promoção de saúde em lugar de uma abordagem essencialmente curativa, como vem ocorrendo atualmente.

Para a realização das operações, serão necessários diversos recursos:

- Organizacionais: espaço físico para realização dos grupos operativos;

disponibilidade dos profissionais de saúde de diversas áreas; equipamentos adequados para realização da classificação de risco e realização dos grupos (esfigmomanômetro, estetoscópio, fita métrica, balança, computador e projetor de slides);

- Econômicos: recursos financeiros para aquisição dos recursos organizacionais necessários;
- Cognitivos: capacitação dos profissionais de saúde para realização de suas tarefas no plano;

Os profissionais da unidade estão dispostos e motivados a implementar esse novo projeto. Assim, estão sendo realizadas reuniões interdisciplinares, atualmente semanais, depois quinzenais, para discussão e capacitação de todos os profissionais, além de solicitação à gerência de disponibilização dos recursos econômicos e dos materiais necessários, tornando o plano viável para a sua realização. A gerente da operação será a enfermeira, que sempre esteve à frente do plano e já exerce cargo de liderança na equipe, sendo assim vista por todos os outros membros. Dessa forma ela irá controlar as atividades dos outros profissionais. Juntamente com o médico o primeiro passo será conseguir a disponibilização dos recursos organizacionais e econômicos com a gerência do distrito, reunião em agendamento em breve. A enfermeira será responsável por organizar melhor a agenda dos profissionais de saúde, destinando o tempo necessário às atividades do plano, além de administrar os recursos econômicos arrecadados. A equipe terá reuniões periódicas para discutir e avaliar cada etapa do plano.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Controlar a hipertensão arterial, trazer o paciente à Unidade Básica de Saúde e informar o paciente são atitudes que fazem a diferença no controle da Hipertensão arterial e na prevenção de eventos adversos. Aumentando a participação dos usuários, esclarecendo suas dúvidas e anseios quanto a HAS, estimulando novos hábitos alimentares e de atividade física espera-se uma maior adesão ao tratamento e uma diminuição das complicações cardiovasculares, que hoje se constituem na principal causa de morte no país. Esse projeto, portanto, contribuirá principalmente para a melhoria da qualidade de vida da população pela qual a equipe da UBS Lagoa dos Mandarins é responsável.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Ranking IDHM Municípios 2010**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>>. Acesso em 12 dez. 2013.

Divinópolis- Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Divin%C3%B3polis>>. Acesso em: 07 maio 2013.

D'AGOSTINO R. B.; VASAN R. S.; PENCINA M. J. General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care - The Framingham Heart Study. **Circulation**, Dallas, v. 117, p. 743-753, 2008.

GOLDMAN, L.; SCHAFER A. I. **Cecil Medicine**, 24. ed. Philadelphia, 2008.

IBGE, Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312230&search=minas-gerais|divinopolis>>. Acesso em: 8 jan. 2014.

IBGE, Produto Interno Bruto dos Municípios, 2011. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=312230&idtema=125&search=minas-gerais|divinopolis|produto-interno-bruto-dos-municipios-2011>>. Acesso em: 8 jan. 2014.

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. 1 ed. Belo Horizonte, p 63. 2006. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2014.

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto - Conteúdo técnico da linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica (no prelo)**. 3 ed. Belo Horizonte, 2013. Disponível em:< http://canalminassaude.com.br/2013/hipertensao2013/guia_tecnico.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2014.

Ministério da Saúde, DATASUS. Sistema de Informação da Atenção Básica. 2013. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABCbr.def>>. Acesso em: 8 jan. 2014.

Ministério da Saúde, DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade. 2010. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/c04.def>>. Acesso em: 8 jan. 2014.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro,v. 93, n. 1. 2009. Suplemento. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_ic_93supl01.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2014

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_ERRATA.pdf>. Acesso em: 8 jan 2014.