

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

ALAN MAGNO LOPES SILVA

**INSTRUMENTALIZAÇÃO DO MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE
HIPERTENSÃO NA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL NO MUNICÍPIO
DE POMPEU**

**BOM DESPACHO / MINAS GERAIS
2015**

ALAN MAGNO LOPES SILVA

**INSTRUMENTALIZAÇÃO DO MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE
HIPERTENSÃO NA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL NO MUNICÍPIO
DE POMPEU**

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

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Matilde Meire Miranda Cadete

**BOM DESPACHO / MINAS GERAIS
2015**

ALAN MAGNO LOPES SILVA

**INSTRUMENTALIZAÇÃO DO MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE
HIPERTENSÃO NA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL NO
MUNICÍPIO DE POMPÉU**

Banca Examinadora

Profª Drª Matilde Meire Miranda Cadete

Profª Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 10 de fevereiro de 2015

Ao Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro e
Dr^a Matilde Meire Miranda Cadete, pela
disponibilidade, paciência, competência e seus
valiosos ensinamentos.

RESUMO

O HIPERDIA é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. Este estudo objetivou elaborar um projeto de intervenção com o intuito de melhorar o acompanhamento e adesão ao tratamento dos pacientes pertencentes ao programa HIPERDIA da Equipe de Saúde da Família Rural, localizado no município de Pompéu – MG. Buscou-se para fundamentação teórica, na Biblioteca Virtual em Saúde, artigos relacionados aos temas de HIPERDIA, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus com os descritores hipertensão, diabetes e Programa Saúde da Família além de levantamento de dados do município de Pompéu. Conforme classificação de riscos cardiovascular adotada pelo Ministério da Saúde, do total de 198 pacientes cadastrados, 54% apresentaram risco alto e 17% risco muito alto. Além do mais, dos pacientes cadastrados 59% apresentaram bom nível de controle pressórico, ou seja, menor ou igual a 140 de sistólica por 90 de diastólica em mmHg. Em contrapartida 41% dos pacientes estão com descontrole em menor ou maior de risco. Programas de intervenções multidisciplinares e/ou instrumentos que promovam um melhor controle desses fatores devem ser aplicados, sobretudo no alcance das metas de tratamento e consequente redução do risco cardiovascular.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes mellitus. Programa saúde da família

ABSTRACT

The HIPERDIA is a System of Registration and Monitoring Hypertensive Diabetics raised in the National Plan of Reorganization of Care for Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus in all outpatient clinics of the National Health System, generating information for local managers, managers of departments, state and Ministry of Health. This study aimed to develop an intervention project with the aim of improving the monitoring and treatment adherence of patients in the program HIPERDIA Health Team of the Rural Family, located in the municipality of Pompéu - MG. Sought to theoretical basis, the Virtual Health Library, articles related to the themes of HIPERDIA, Hypertension and Diabetes Mellitus with the descriptors hypertension, diabetes and the Family Health Program in addition to lifting Pompéu county data. As cardiovascular risk classification adopted by the Ministry of Health, the total of 198 patients enrolled, 54% had high-risk and 17% very high risk. Moreover, 59% of patients registered with a good level of blood pressure control, or, less than or equal to 140 systolic 90 diastolic in mmHg. In contrast 41% of patients have a greater or lesser lack of risk. Programs of multidisciplinary interventions and / or instruments to facilitate a better control of these factors should be applied, especially in the attainment of treatment goals and consequent cardiovascular risk reduction

Keywords: Hypertension. Diabetes mellitus. Family health program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA 1 - Nº de pessoas Zona Urbana e Rural no Município de Pompéu, 2010.....	11
TABELA 2 - População de Pompéu - MG por sexo e faixa etária, 2010.....	12
TABELA 3 - Tipo Gestão na Rede de Atenção a Saúde em Pompéu, 2013.....	14
TABELA 4 - População ESF Rural por sexo e faixa etária em Pompéu, 2013.....	17
TABELA 5 - Acesso a água tratada da população Rural em Pompéu, 2013.....	18
TABELA 6 - Tipos de abastecimento de água das Famílias da Zona Rural em Pompéu, 2013.....	18
TABELA 7 - Tipos de casa das Famílias da Zona Rural em Pompéu, 2013.....	18
TABELA 8 - Destino do Lixo das Famílias da Zona Rural em Pompéu, 2013.....	19
TABELA 9 - Destino de Fezes / Urina das Famílias da Zona Rural em Pompéu, 2013.....	19
QUADRO 1 Localização do Município de Pompéu.....	10
QUADRO 2- Despesas com Saúde (por subfunção) em Pompéu, 2012.....	15
QUADRO 3 Definições de problemas prioritários pela ESF Rural em Pompéu, 2013.....	19
QUADRO 4 - Descritores do risco Cardiovascular aumentado da ESF Rural, 2013.....	20
QUADRO 5 - Pacientes Cadastrado No Hiperdia Por Faixa Etária- ESF Rural, 2013.....	21
QUADRO 6 - Desenho de operações para os "nós" críticos do problema risco cardiovascular aumentado pela ESF Rural, 2013.....	27
GRÁFICO 1 - Pirâmide etária de Pompéu – Minas Gerais, 2010.....	11
GRÁFICO 2 - Cobertura dos Programas de Atenção Básica existentes em Pompéu, 2009... 14	14

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVO.....	22
4 METODOLOGIA.....	23
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

O HIPERDIA é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS), gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Além do cadastro, o Sistema permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo em que, em médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico da população e o consequente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, à melhoria da qualidade de vida e à redução do custo social.

Para fins de programação, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais - SES/MG estima que 10% dos mineiros adultos (com idade maior ou igual há 20 anos) sejam diabéticos (MINAS GERAIS, 2006).

O Diabetes *Mellitus* (DM) está relacionado à importante queda na qualidade de vida e, sem dúvida, representa um desafio dentre os problemas de saúde no século 21. As complicações decorrentes da doença, tais como Doença da Artéria Coronária (DAC), Doença Vascular Periférica (DVP), Acidente Vascular Cerebral (AVC), neuropatia diabética, amputação, Doença Renal Crônica (DRC) e cegueira se relacionam a elevados custos para o sistema de saúde bem como à elevada morbimortalidade, à redução da expectativa de vida, à perda de produtividade no trabalho e à aposentadoria precoce (BRASIL, 2006).

Pompéu, onde exerço minha função de médico, é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Localiza-se na Microrregião de Três Marias. Sua população segundo o censo de 2010 é de 29.083 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Terra de Dona Joaquina de Pompéu (Joaquina Bernarda da Silva de Abreu Castelo Branco), figura histórica e matriarca de todo o Oeste Mineiro. O município nasceu no Pouso dos Buritis, ponto de parada das tropas que faziam o trajeto que ligava Montes Claros ao oeste de Minas e ligando também Pitangui a todo o Litoral Atlântico.

Pompéu já faz parte da história do Brasil há mais de duzentos anos, mas somente em 1840 ocorreu a fundação do arraial por Joaquim Cordeiro Valadares genro de Dona Joaquina. Em 17 de dezembro de 1938, o então arraial do Buriti da Estrada tornou-se uma cidade,

recebendo então o nome de Pompéu, homenageando seu primeiro habitante, o Sr. Antônio Pompeu Taques (IBGE, 2008).

Um dos mais prósperos municípios de Minas Gerais, Pompéu tem sua economia baseada na pecuária de corte e leite (a região é a maior bacia leiteira do nosso País, a cidade é a segunda maior produtora de leite do país), indústria moveleira, extração e beneficiamento de pedra ardósia e usina de produção de álcool combustível (etanol) e açúcar e plantio de Eucalipto.

Segundo dados do Instituto Nacional de Meteorologia (INMET), a temperatura mínima registrada em Pompeu foi de 3,0 °C, ocorrida no dia 15 de julho de 1974. Já a máxima foi de 38,8 °C, observada dia 28 de outubro de 2012. O maior acumulado de chuva registrado na cidade em 24 horas foi de 142,0 mm, em 30 de janeiro de 1977 (IBGE, 2008).

A economia de Pompéu é bastante diversificada, baseada principalmente na produção leiteira, álcool combustível, móveis de madeira, e pedras de ardósia e eucalipto.

Pompéu possui uma série de atrativos no que diz respeito ao "entretenimento festivo". Por se tratar de um município pequeno e de povo receptivo, é sempre um bom lugar para encontrar os amigos e desfrutar de um ambiente calmo e descontraído.

O município se localiza no sudeste do Brasil e região central do estado de Minas Gerais e faz limite com os seguintes municípios: ao norte, Felixlândia; a noroeste Morada Nova de Minas; ao sul, Pitangui; a sudeste, Papagaios; a sudoeste, Martinho Campos; a leste, Curvelo; a oeste, Abaeté, conforme Quadro 1 a seguir:

Quadro 1: Localização de Pompéu no Brasil

<i>Localização de Pompéu no Brasil</i>	
Unidade federativa	Minas Gerais
Mesorregião	Central Mineira IBGE/2008 ⁹
Microrregião	Três Marias IBGE/2008 ⁹
Municípios limítrofes	Curvelo, Felixlândia, Morada Nova de Minas, Abaeté, Martinho Campos e Pitangui
Distância até a capital	170 km
Características geográficas	
Área	2 557,734 km ² ¹⁰
População	29 083 hab. Censo IBGE/2010 ¹⁰
Densidade	11,37 hab./km ²
Indicadores	

IDH	0,745 médio PNUD/2000 ¹¹
PIB	R\$ 423 119,151 mil IBGE/2008 ¹²
PIB per capita	R\$ 14 296,98 IBGE/2008 ¹²

Fonte: IBGE, 2008

Quanto aos aspectos demográficos, os dados da Tabela 1 apresentam o quantitativo de habitantes moradores na zona urbana e rural.

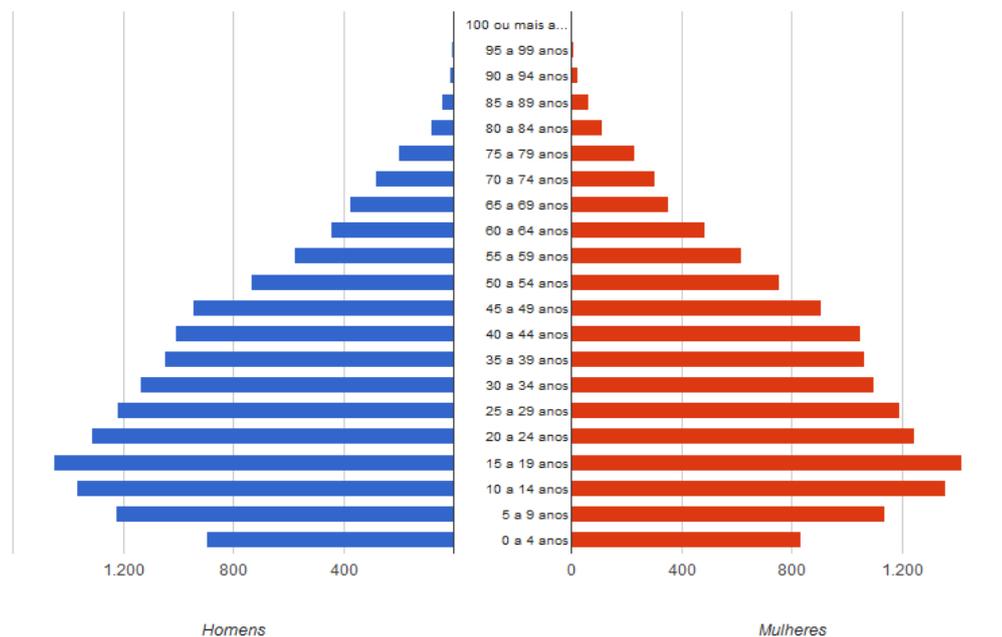
TABELA 1 - N° de pessoas zona urbana e rural no Município de Pompéu, 2010

Zona	N° de Pessoas
Urbana	25.365
Rural	3.654

Fonte: IBGE censo 2010

Em relação á faixa etária, o Gráfico 1 apresenta a pirâmide de Pompéu.

GRÁFICO 1 - Pirâmide etária de Pompéu – Minas Gerais, 2010



Fonte: IBGE censo 2010

Os dados da Tabela 2 explanam a população de Pompéu relativa ao gênero e faixa etária.

TABELA 2 - População de Pompéu - MG por sexo e faixa etária, 2010

Faixas Etárias	Homen	Mulher	Total
0 – 4	1128	1024	2152
5 – 9	1225	1138	2363
10 – 14	1370	1358	2728
15 – 19	1455	1420	2875
20 – 29	2533	2441	4974
30 – 39	2188	2161	4349
40 – 49	1960	1959	3919
50 – 59	1314	1375	2689
60 – 69	826	843	1669
70 – 79	486	538	1024
80 +	153	210	363
TOTAL	14638	14467	29105

Fonte: IBGE censo 2010.

Ao analisar o gráficos 1 e tabelas 1 e 2, verificamos que a pirâmide informa que a população do município é jovem, havendo maior concentração no sexo masculino nas faixas etárias de 10 a 49 anos. A população masculina é proporcionalmente maior nas faixas etárias até 69 anos. Acima desta faixa a população feminina é maior. O grau de urbanização é de 88,44%, sendo a população residente na zona rural equivale a 11,56%. A desproporcional distribuição populacional nas áreas urbana e rural indicou a necessidade de um redesenho territorial adequado do sistema de saúde, de forma a ofertar serviços não somente na área urbana, mas em toda a área rural, o que se tem tentado desde a implantação do PSF de Zona Rural.

No que diz respeito ao ensino, Pompéu oferece cursos de Primeiro Grau, Segundo Grau, Ensino Profissionalizante de Gerenciamento de Saúde, Técnico em enfermagem, Técnico em Administração, Técnico em Informática e Técnico em Segurança do Trabalho. Conta, ainda, com instituições de ensino superior como a Universidade Aberta do Brasil (Geografia e Matemática); Universidade de Montes Claros (UNIMONTES) (Geografia); Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) (licenciatura em Matemática); Pós Graduação em Gestão em Saúde; Práticas e Alfabetização e Letramento pela Universidade Federal São João Del Rei (UFSJDR); Administração, Serviço Social e Pedagogia pela Fundação Universidade do Tocantins (UNITINS).

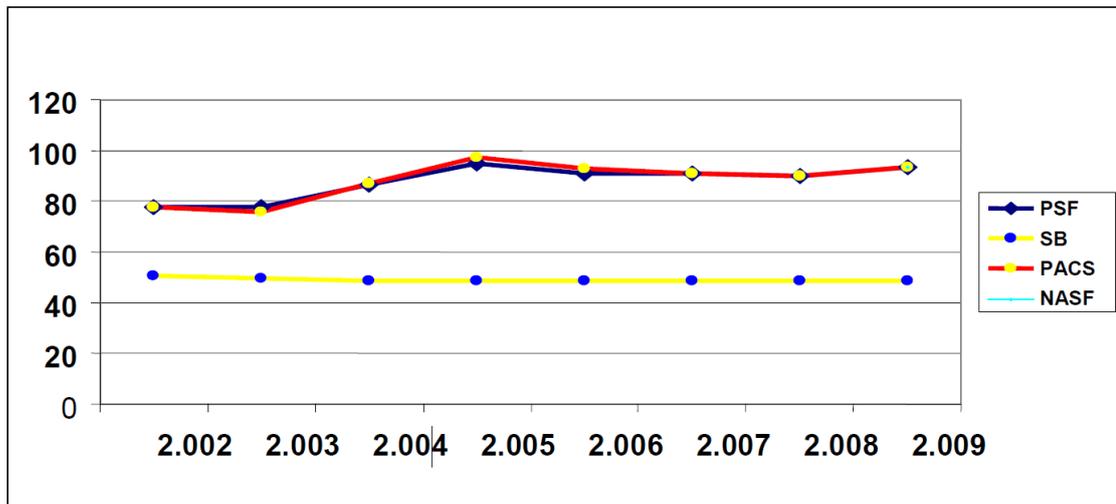
O município apresenta a seguinte infraestrutura (IBGE, 2000):

- Rede de água: 87 km de rede que servem 90% da população urbana. A captação, tratamento e distribuição são feitos pela COPASA. A zona rural não é atendida.
- Rede de esgoto: atende 60% da população urbana do município. Não existe tratamento do esgoto, que é lançado no córrego Mato Grosso. Não há dúvida que é uma forma inadequada de destinação do esgoto, com sério comprometimento do meio ambiente. A atual administração está tomando a iniciativa de fazer uma estação de tratamento do esgoto, com recursos federais.
- Coleta de lixo: 100% dos domicílios urbanos são atendidos, recolhendo o volume de 25 toneladas/dia. Não há coleta na zona rural. Todo o lixo do município é lançado no aterro sanitário controlado. Os resíduos sólidos de serviços de saúde também são lançados neste aterro controlado, em local separado, cercado e sinalizado. Não é feita a coleta seletiva do lixo.
- Lixo contaminado: o lixo hospitalar é encaminhado para empresa terceirizada, onde é feita a incineração.
- Rede elétrica: o serviço é feito pela CEMIG que dá assistência a 6.900 edificações (residências, comércio, indústrias, etc.) na zona urbana e 800 propriedades rurais. A cobertura de iluminação é de 100% da zona urbana e 85% da zona rural.
- Pavimentação: 72% das vias urbanas são asfaltadas.
- Habitação: o município conta com aproximadamente 6.900 edificações na zona urbana, todas de alvenaria, e 90% das edificações na zona rural são também de alvenaria.
- Telefonia: o município é atendido pela TIM, OI, VIVO e CLARO com 1.300 linhas instaladas, inclusive com serviço de telefonia celular, com 15.000 celulares habilitados. O sistema de comunicação do Município permite a utilização de DDD, DDI, Telex e Fax.

Discorrendo acerca dos serviços de saúde de Pompéu, ele tem constituído um Conselho Municipal de Saúde (CMS) cujas reuniões mensais são realizadas na Câmara Municipal dos Vereadores.

No Gráfico 2 encontra-se evidenciada a Rede de Atenção à saúde existente no Município de Pompéu.

GRÁFICO 2 - Cobertura dos Programas de Atenção Básica existentes no município de Pompéu, 2009



Fonte: (BRASIL, 2009)

O Município de Pompéu conta atualmente com nove equipes de Programa de Saúde da Família, cinco equipes de Saúde Bucal e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O modelo de gestão da Atenção Básica orienta-se através da organização pela Estratégia Saúde da Família, um dos principais motivos pelos quais houve maiores investimentos e expansão nesta área até o momento.

A gestão do Município é feita por meio de estabelecimentos municipais, estaduais e dupla, segundo apresentado na Tabela

TABELA 3 - Tipo Gestão na Rede de Atenção a Saúde em Pompéu, 2013

Tipo de estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
Centro de atenção psicossocial	1	1	0	0
Centro de saúde/unidade básica	5	5	0	0
Hospital geral	1	0	1	0
Policlínica	1	0	0	1
Pronto atendimento	1	0	0	1
Secretaria de saúde	1	1	0	0
Unidade de vigilância em saúde	1	1	0	0
Total	11	8	1	2

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde -2013

Destaca-se que os serviços prestados pelo SUS municipal correspondem a quase 70% dos serviços ofertados à população e que os serviços privados correspondem a apenas 7,69%.

Para fins ilustrativos, o Quadro 2 traz as despesas com saúde feitas por Pompéu.

QUADRO 2 - Despesas com Saúde (por subfunção) em Pompéu, 2012

DESPESAS COM SAÚDE (por subfunção)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) (R\$)	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (d) (R\$)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) (R\$) Dez (d) (R\$)	% ((d+e)/c)
Atenção Básica	4.333.067,00	5.106.190,32	4.365.122,97	741.067,35	33,36
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	5.311.083,00	6.550.889,99	5.731.187,96	819.702,03	42,80
Suporte Profilático e Terapêutico	396.106,00	419.290,00	373.559,83	45.730,17	2,73
Vigilância Sanitária	164.589,00	199.791,00	163.200,76	36.590,24	1,30
Vigilância Epidemiológica	850.009,00	380.065,50	317.392,07	62.673,43	2,48
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	3.812.373,00	3.626.982,21	1.180.954,19	1.466.255,36	17,29
TOTAL	14.867.227,00	16.283.209,02	12.131.417,78	3.172.018,58	100,00

Fonte: SIOPS/2012

As análises dos demonstrativos orçamentários da saúde demonstram que dos R\$ 12.131.417,78 liquidados ao final do período de 2012, tendo como gastos principais: R\$ 4.365.122,97 que foram gastos com atenção básica, correspondendo a 33,36% do total de despesas e R\$ 5.731.187,96, que foram gastos com média complexidade, correspondendo a 42,80%.

Do total das despesas liquidadas os grupos de naturezas de maior despesa da saúde foram gastos com pessoal no valor de R\$ 4.740.529,77 (folha de pagamento) e outras despesas correntes, como despesas de consumo e manutenção das unidades de saúde no valor de R\$ 6.788.715,87.

Apresentam-se agora os serviços existentes no município na atenção da média complexidade.

A Policlínica Municipal funciona como referência ambulatorial para a rede de saúde do município. O sistema está 70% regulado e segue os protocolos de encaminhamentos sugeridos pelo Ministério da Saúde. Ainda não possui o sistema de contra referência. As consultas e exames são demandados por profissionais médicos da rede de atenção básica e especializados. Prestam atendimentos de ortopedia, otorrinolaringologia dermatologia,

cirurgia geral, cardiologia, oftalmologia, fonoaudiologia, nutrição, ginecologia, pediatria, exames de apoio e diagnóstico de eletrocardiograma e ultrassonografia.

As maiores demandas são provenientes das áreas de psiquiatria, dermatologia, ortopedia e exames de ultrassonografia.

Pompéu conta com um ambulatório que presta serviços aos portadores de sofrimento mental. O Programa CAPS 1 – Centro de Atenção Psicossocial é um dos projetos prioritários deste município, implantado no ano de 2012.

O Centro de Reabilitação Municipal atende os pacientes que necessitam de reabilitação. Possui equipe multidisciplinar. Conta com o serviço diário de duas fisioterapeutas e tem o suporte dos profissionais do NASF e do Programa de Assistência Domiciliar (PAD) que dão suporte prioritário aos pacientes idosos e acamados.

O NASF realiza também grupos operativos na prevenção, porém a oferta ainda é insuficiente.

A unidade é responsável pela coleta e realização dos exames laboratoriais que são requisitados pela Atenção Básica e Especializados do município e pela coleta dos exames pactuados através da PPI – Programação Pactuada Integrada.

O Laboratório Municipal faz parte do Programa de Controle de Qualidade – PCNQ, buscando excelência e seriedade na prestação de serviços.

O município conta com um hospital filantrópico conveniado com o SUS, de pequeno porte, com 0,63 leitos/1.000 habitantes. As internações são todas reguladas pela Secretaria Municipal de Saúde. Conta com 19 leitos, sendo três na clínica cirúrgica, dois obstétricos, 10 na clínica médica, um para isolamento, e três para pediatria. Foi recentemente ampliado e possui alvará sanitário. Sua maior demanda é para a assistência nos partos.

A Prefeitura Municipal mantém parceria para a realização de cirurgias e participa também com a cessão de mobiliários, equipamentos e pessoal.

Em 1993, a Policlínica Municipal foi adaptada para prestar atendimento ambulatorial e de urgência, tornando-se o Pronto Atendimento Municipal (PAM). É o único serviço de urgência do município e funciona 24 horas.

O PAM conta com cinco ambulâncias para atendimento às urgências e com um grupo de socorristas treinado pelo Corpo de Bombeiros. Devido ao grande número de transferências, principalmente traumas, esta ambulância é insuficiente para o atendimento das urgências.

O PAM utiliza o Sistema de Regulação do Estado – SUSFÁCIL, o que torna o acesso moroso do paciente ao seu destino, causando grandes transtornos no momento da

transferência. Este sistema segue o processo de hierarquização do Sistema Único de Saúde, não existindo no momento outra possibilidade de transferências intermunicipais.

A assistência farmacêutica do município tem como objetivos implementar todas as atividades de qualidade, promoção e acesso ao uso racional dos medicamentos pela população e otimizar a aquisição e distribuição de medicamentos.

A assistência farmacêutica básica no âmbito do SUS/Pompéu é feita de forma centralizada e o incentivo à assistência farmacêutica básica conta com recursos financeiros oriundos das três esferas de governo.

O município aplica, na saúde, uma média de 20% de sua receita vinculada, sendo que destes, aproximadamente, 6% são utilizados na compra de medicamentos básicos e de consumo interno.

Após apresentação dos serviços de saúde disponibilizados à população de Pompéu, cabe-nos explicar sobre a Unidade Básica de Saúde, cenário deste estudo.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Guilherme Souza Machado, localiza-se na Avenida João Serra Machado, nº 1000, Pompéu/MG. Funciona de 08 horas às 17 horas para atendimento à população. Nesta UBS encontram-se três equipes de saúde da família (Centro, Trevo e Rural) bem como duas equipes de saúde bucal.

Apresentando em específico nossa área de atuação, isto é, a ESF Rural, os dados da Tabela 4 mostram o quantitativo de homens e mulheres e respectiva faixa etária.

TABELA 4 - População ESF Rural por sexo e faixa etária em Pompéu, 2013

Faixas Etárias	Homen	Mulher	Total
<1	10	4	14
1 a 4	52	56	108
5 a 6	35	24	59
7 a 9	57	56	113
10 a 14	111	99	210
15 a 19	113	123	236
20 a 39	353	318	671
40 a 49	192	150	342
50 a 59	168	142	310
>60	205	157	362
TOTAL	1296	1129	2425

Fonte: SIAB - 2013

Nota-se que o maior número de pessoas encontra-se na faixa etária compreendida entre 20 a 39 anos, tanto em relação aos homens quanto às mulheres.

Na Tabela 5 pode-se ler que a água, em 70,95 é filtrada, mas ainda se encontra tratamento via fervura e cloração.

TABELA 5 - Acesso a Água Tratada da População Rural em Pompéu, 2013

Tratamento de Água	Nº de Famílias	% de Famílias
Filtração	530	70,95
Fervura	3	0,40
Cloração	2	0,27
Sem Tratamento	212	28,38

Fonte: SIAB - 2013

Quanto ao tipo de casas, percebe-se que a grande maioria reside em casas de tijolos, de acordo com os dados da Tabela 6

TABELA 6 - Tipos de casa das famílias da Zona Rural em Pompéu, 2013

Tipo de Casa	Nº de Famílias	% de Famílias
Tijolo	701	93,84
Taipa Revestida	2	0,27
Madeira	1	0,13
Material Aproveitado	14	1,87
Taipa não revestida	-	-
Outros	29	3,88

Fonte: SIAB - 2013

Conforme detalhado na Tabela 6, 93,8% das famílias residem em casa feita de tijolo, o que demonstra uma evolução da qualidade dos domicílio. E no que diz respeito ao lixo, ainda se percebe que o destino “queimado” é preponderante.

TABELA 7 - Destino do Lixo das Famílias da Zona Rural em Pompéu, 2013

Destino do Lixo	Nº de Famílias	% de Famílias
Coleta pública	173	23,16
Queimado / Enterrado	529	70,82

Céu aberto

45

6,02

Fonte: SIAB - 2013

Em relação ao destino das fezes, a maioria utiliza-se de fossas, segundo Tabela 8

TABELA 8 - Destino de Fezes / Urina das Famílias da Zona Rural em Pompéu, 2013

Destino Fezes / Urina	Nº de Famílias	% de Famílias
Sistema de esgoto	147	19,68
Fossa	517	69,21
Céu aberto	83	11,11

Fonte: SIAB - 2013

Conforme apresentado pela Tabela 8, 69,21% das famílias destinam seu esgoto na fossa séptica, porém 11,11% deixam a céu aberto expondo em risco essas famílias a doenças infecto parasitárias.

O diagnóstico situacional realizado como atividade do Módulo de Planejamento das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) mostrou os seguintes problemas de saúde, na ESF Rural, segundo o Quadro 3

Quadro 3 – Definições de problemas prioritários pela ESF Rural em Pompéu, 2013

Principais problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de Enfretamento	Prioridade
• Risco Cardiovascular aumentado	Alta	9	Viável	1
• Falta de Planejamento da equipe	Alta	7	Viável	2
• Falta de acompanhamento do paciente usuário de psicotrópico	Média	4	Parcial	4
• Drogas	Baixa	4	Fora	5
• Infraestrutura da UBS	Baixa	6	Parcial	3

A equipe considerou número 01 o problema Risco Cardiovascular aumentado, como prioritário para este estudo, pois a população assistida apresenta um percentual significativo de Hipertensos e Diabéticos, aliado ao número expressivos desses pacientes com hábitos de vida que amplificam o risco de complicações cardiovasculares.

Além do mais, foram considerados alguns problemas relacionados ao risco cardiovascular aumentado (nº de hipertensos, nº de diabéticos, cobertura do HIPERDIA, acompanhamento dos pacientes conforme risco e etc.) e também indicadores indiretos de eficácia (internações, controle pressórico, complicações renais, complicações cardíacas e cerebrovasculares).

QUADRO 4 - Descritores do risco Cardiovascular aumentado da ESF Rural, 2013

Descritores	Valores	Fontes
Total de Hipertensos e Diabéticos	443	SIAB
Total de Hipertensos e Diabéticos cadastrados	198	Registro da Equipe
Hipertensos cadastrados	159	Registro da Equipe
Hipertensos cadastrados controlados	118	Registro da Equipe
Diabéticos cadastrados	09	Registro da Equipe
Hipertensos e Diabéticos cadastrados	39	Registro da Equipe
Pacientes do Hiperdia Risco Alto	106	Registro da Equipe
Pacientes do Hiperdia Risco Muito Alto	33	Registro da Equipe

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Pompeu

Conforme exposto no Quadro 4 a população assistida se enquadra no programa HIPERDIA, sendo que deste percentual apenas 44,6% são cadastrados, e, nenhum acompanhado. Dado alarmante, porém preliminar, do total de 198 pacientes cadastrados no HIPERDIA, 17% dos pacientes apresentam classificação de risco muito alto e 54%% risco alto. Logo, ficou definido como meta para melhoria do atendimento dos pacientes que compõem o grupo de HIPERDIA:

- Atingir 100% dos pacientes cadastrados e acompanhá-los conforme risco cardiovascular;
- Orientações sobre hábitos e estilos de vida;
- Estrutura do serviço de saúde;
- Nível de informação;
- Processo de trabalho da equipe de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Pelas descrições anteriores relativas ao contexto de saúde do município de Pompéu, é nítida a situação preocupante dos usuários cadastrados no HIPERDIA. Para exemplificar, apresentamos o Quadro 5 com dados mais gerias que vão desde a faixa etária até o risco de desenvolver complicações.

QUADRO 5 - Pacientes cadastrados no HIPERDIA por faixa etária, DM, HAS, tratamento e riscos- ESF Rural, 2013

FAIXA ETÁRIA	HAS	DM		HAS/DM		TOTAL	HIPERTENSÃO					RISCO				
		COM INSULINA	SEM INSULINA	COM INSULINA	SEM INSULINA		PA < 140/90	GRAU 1	GRAU 2	GRAU 3	TOTAL	BAIXO	MÉDIO	ALTO	MUITO ALTO	TOTAL
< 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 - 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 - 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 - 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 - 19	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1
20 - 39	16	1	0	2	0	19	11	5	2	0	18	0	4	14	0	18
40 - 49	18	0	1	2	3	24	14	6	3	2	25	0	4	16	5	25
50 - 59	33	0	2	5	9	49	30	9	8	2	49	2	15	24	8	49
60 ou mais	91	2	3	1	8	105	63	32	8	2	105	5	29	51	20	105
TOTAL	159	3	6	10	20	198	118	53	21	6	198	7	52	106	33	198

Fonte: coletada

Esses dados evidenciam a necessidade de se chegar a 100% de pacientes cadastrados concomitante atualização sistemática com o intuito de obter dados epidemiológicos fidedignos para realização de projetos de intervenção, promoção e prevenção de doenças vasculares.

“A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são duas das enfermidades crônicas mais severas e comuns no mundo. Em ambas, a incidência aumenta com a idade e suas complicações constituem duas das principais causas de morbimortalidade” (BORGES; CAETANO, 2005, p.45).

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção com o intuito de melhorar o acompanhamento e adesão ao tratamento dos pacientes pertencentes ao programa HIPERDIA da Equipe de Saúde da Família Rural, localizado no município de Pompéu – MG.

4 METODOLOGIA

A elaboração do plano de intervenção pautou-se nos princípios do Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foi realizada pesquisa bibliográfica com temas afeitos ao HIPERDIA, HAS e DM, na atenção primária. As publicações foram buscadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores: hipertensão, diabetes Mellitus e atenção primária à saúde além de documentos do Ministério da Saúde.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial (PA), frequentemente associada a alterações de órgãos-alvo e, por conseguinte, a aumento do risco de eventos cardiovasculares. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras apontaram prevalência de HAS em indivíduos com 18-59 anos de idade, entre 20 a 30%, percentual que atinge 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com idade acima de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em Minas Gerais, a Secretaria Estadual de Saúde (SES/MG) estima prevalência da HAS na ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos (MINAS GERAIS, 2006)

O termo diabetes mellitus (DM) inclui um grupo heterogêneo de transtornos metabólicos que apresentam, em comum, a hiperglicemia que surge em consequência da deficiência na secreção de insulina, de defeitos em sua ação ou de ambos os fenômenos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2011).

O DM constitui um dos principais problemas em saúde pública no mundo, com prevalência crescente, sobretudo nos países em desenvolvimento. Previsões para os próximos anos apontam que, em 2030, 438 milhões de indivíduos, em todo o mundo terão a doença. Acredita-se, ainda, que neste mesmo ano, 472 milhões de indivíduos terão pré-diabetes, condição clínica que evolui, na maioria dos casos para DM, em um período de 10 anos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2009).

Os países em desenvolvimento tendem a exibir maior transcendência do problema, seja pelo rápido envelhecimento de suas populações, seja pelo aumento da prevalência de obesidade, em crianças e adolescentes, que resulta em maior risco de desenvolvimento da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2011).

No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio do VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), mostrou que, no ano de 2011, no conjunto das 27 cidades estudadas, a frequência do diagnóstico médico prévio de DM foi de 5,6%, sendo maior em mulheres (6,0%) do que em homens (5,2%). Tendo em vista que este estudo incluiu apenas os casos de diagnóstico de DM realizado por médico e que a proporção de DM não diagnosticado em diversos países no mundo está entre 30% e 60%,

estas cifras adquirem aspecto ainda mais alarmante (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2009).

É importante destacar que a hipertensão arterial sistêmica, apresenta-se como um fator de risco independente, com incremento linear para a doença cardiovascular, originando custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas próprias complicações. Ademais, segundo dados da literatura, a hipertensão arterial explicaria 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) e 25% por doença arterial coronariana (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006).

Ensaio clínico controlado demonstraram que o tratamento da hipertensão arterial (HA), envolvendo uma medicação adequada associada a mudanças de hábitos de vida, contribui substancialmente, para a redução de eventos cardiovasculares fatais e não, estando bem estabelecida a associação entre níveis elevados de pressão arterial, aumento do risco de AVC e DAC (BORGES; CAETANO, 2005 *apud* RAMOS, 2008, p.17-18).

Porém, embora exista hoje uma maior variedade e disponibilidade de agentes anti-hipertensivos, um estudo realizado na cidade de Bambuí, Minas Gerais, verificou que apenas 49% da população adulta de hipertensos apresentavam a pressão arterial sob controle, ou seja, com níveis inferiores a 140 x 90 mmHg (FIRMO; BARRETO; LIMA, 2003 *apud* RAMOS, 2008, p.18).

“Os autores ressaltaram que esta estimativa foi obtida através de um estudo pontual não existindo levantamento a nível nacional que retrate a situação de controle da hipertensão arterial em todo o país” (RAMOS, 2005, p.18).

A manutenção da aderência ao tratamento do diabetes é a estratégia chave para se alcançar o controle glicêmico adequado e os pacientes diabéticos utilizam, com frequência, um número elevado de medicamentos, não somente para essa patologia, mas também para as comorbidades associadas, como a hipertensão arterial e a dislipidemia, o que tem tornado a aderência ao tratamento um grande desafio (LAU; NAU, 2004 *apud* RAMOS, 2008, p.18).

Segundo Mion e Nobre (2000), no Brasil, vários estudos abordando a adesão ao tratamento da HAS registraram alto índice de abandono, principalmente, durante o primeiro ano de início do tratamento e esse índice declina ainda mais após alguns anos.

A partir dessas constatações diversas ações foram desenvolvidas no país, dentre as quais destaca-se o HIPERDIA, que faz o cadastramento de portadores de hipertensão arterial e diabetes, além do acompanhamento. Junta-se, ainda, o conhecimento do perfil da população e a formulação de estratégias com vistas à modificação das condições existentes e a busca da melhoria da qualidade de vida das pessoas afetadas.

Conforme dados apresentados anteriormente, o município de Pompéu apresenta índice significativo de internações por Doenças do Aparelho Circulatório, principalmente na faixa

etária maior ou igual há 50 anos. Além do mais o coeficiente de mortalidade e mortalidade proporcional por faixa evidenciou números significativo de mortalidade devido a doenças cerebrovasculares e infarto agudo do miocárdio atrelado a maior proporção de casos de doenças do aparelho circulatório nos pacientes com idade entre 50 a 64 anos de idade. Logo, ressalta a necessidade do aprimoramento do manejo clínico dos pacientes HIPERDIA e intensificação da abordagem programada, sistematizada, contínua e multidisciplinar desses usuários.

Sabe-se também que o controle efetivo da PA e do diabetes constitui-se num grande desafio a ser enfrentado atualmente, e que a não aderência ao tratamento dessas patologias, constitui-se na grande barreira a esse controle. A identificação de características associadas a não aderência é importante para o delineamento de estratégias de controle, devido aos crescentes custos advindos do tratamento deste problema de saúde pública (RAMOS, 2005, p.35).

5 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Este projeto levou em consideração os princípios norteadores de se elaborar uma intervenção, conforme Campos; Faria e Santos (2010).

Assim, para cada nó crítico identificado, há uma operação, os resultados e produtos esperados e respectivos recursos.

QUADRO 6 - Desenho de operações para os "nós" críticos do problema risco cardiovascular aumentado pela ESF Rural, 2013

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilo de vida inadequada	Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir em 15% o número de sedentários, obesos e tabagistas em 12 meses.	Programa de caminhada orientada; campanha educativa.	Organizacional → para organizar as caminhadas. Cognitivo → informação sobre o tema e estratégias de comunicação. Político → conseguir mobilização social e articulação Intersetorial com a rede de ensino.
Nível de informação	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.	População mais informada sobre os riscos cardiovasculares.	Avaliação do nível de informação da população sobre risco cardiovascular, campanha educativa, Programa de Saúde Escolar, capacitação dos ACS e de cuidadores.	Organizacional → organizar a agenda. Cognitivo → conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas.
Estrutura dos serviços saúde	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de risco cardiovascular aumentado.	Garantia de exames previsto na linha Guia Hipertensão e medicamentos .	Consultas especializadas, compra de medicamentos e disponibilidade de exames.	Políticos → decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiros → aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos. Cognitivo → elaboração do projeto de adequação.
Processo de trabalho da ESF Rural inadequado	Implantar a linha de cuidado para os pacientes Hipertensão e aprimorar o sinergismo da equipe no cuidado dos pacientes.	Cobertura de 100% dos pacientes no prazo de 12 meses.	Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada, protocolos implantados e recursos	Cognitivo → elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos. Organizacional → adequação de fluxos (referência e contrareferência).

			humanos capacitados.	Político → articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
Dados epidemiológicos dos Pacientes Hiperdia insuficientes	Cadastrar 100% dos pacientes Hiperdia, implantar o uso do cartão Hiperdia e melhorar o agendamento das consultas do Hiperdia.	Identificar os riscos cardiovasculares de cada paciente, prevenir complicações e diminuir internação decorrente da doença.	Banco de dados epidemiológicos desses pacientes e uso constante do cartão Hiperdia.	Organizacional → adequação de fluxos (referência e contra referência), implantação do cartão Hiperdia e equipe treinada.

A avaliação do projeto de intervenção será mediada pela análise do quantitativo de usuários cadastrados no HIPERDIA e pela melhoraria e acompanhamento da adesão ao tratamento dos pacientes pertencentes ao programa HIPERDIA da Equipe de Saúde da Família Rural, localizado no município de Pompéu – MG.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar este estudo e conhecer, por meio do diagnóstico situacional, as condições de vida da população adscrita da nossa área de abrangência foi de fundamental importância para que ações efetivas fossem pensadas e postas em ação.

Espera-se que com o Plano de intervenção implantado consigamos atingir nossos objetivos cadastrando os pacientes, monitorando e acompanhando-os no tratamento buscando diminuir a baixa adesão ao tratamento.

Espera-se, também, que atividades ao ar livre, caminhadas sejam indicadas e acompanhadas pelos ACS e demais membros da equipe de saúde buscando o alcance da melhoria da qualidade de vida de todos.

REFERÊNCIAS

BORGES, P. C. S.; CAETANO, J. C. Abandono do tratamento da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes cadastrados no Hiperdia/MS em uma unidade de saúde do município de Florianópolis - SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 34, n. 3, p. 45-50, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CAMPOS, F. C. C; FARIA, H. P; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p.

FIRMO, J. O. A; BARRETO, S. M; LIMA C. M. F. The Bambui Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of Hypertension in older adults in the community. **Cad. Saúde Pública**, Ribeirão Preto, v.19, n. 1, p. 817-27, maio/junho 2003.

IBGE (10 out. 2002). Área territorial oficial. Resolução da Presidência do IBGE de nº 5 (R.PR-5/02). Página visitada em 5 dez. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) Censo Populacional 2010. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/>

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, IDF **Diabetes Atlas**, 4^a.ed Brussels; 2009.

LAU, D. T; NAU, D. P. Oral antihyperglycemic Medication Nonadherence and Subsequent Hospitalization Among Individuals With Type 2 Diabetes. **Diabetes Care**, Michigan, v. 27, n. 9, p. 2149 – 2153, June 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. – 2. Ed. – Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MION, J. D; NOBRE, F. **Risco Cardiovascular Global: da teoria à prática**. 2nd ed. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 13 - 24.

RAMOS, A. L. S. L. Prevalência de fatores de risco cardiovasculares e adesão ao tratamento em pacientes cadastrados no Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) em unidade de referência de Fortaleza, Ceará, 2002-2005. Dissertação (Mestrado). Fortaleza, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão **Arq Bras Cardiol** v.95 ,(1 supl.1), p.1-51, 2010

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2011: tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus (4ª ed) 2011; São Paulo.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. V Diretriz Brasileira de Hipertensão, 2006. Disponível em: <[http:// sbh.org.br](http://sbh.org.br)>. Acesso em: 10 de Set. de 2013.