

Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

ALUNA: CAROLINE AIRES DE SANTANA

ORIENTADOR: FABIO LUÌS GIORDANI

**Fatores que Interferem na Adesão ao Tratamento
Medicamentoso da Hipertensão**

JANEIRO DE 2015

Resumo

Através do Ministério da Saúde foram criados inúmeros programas para o controle de doenças de maior impacto na população. No caso da diabetes e hipertensão foi criado o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus, o Hiperdia. Este programa promoveu o fornecimento contínuo e gratuito de medicamentos, além do monitoramento das condições clínicas dos usuários. (BRASIL, 2001). Este PI, busca reaver os fatores que interferem na ma aderência ao tratamento hipertensivo e propor uma intervenção na unidade de saúde visando melhor acessibilidade do paciente através da estrutura ja existente no município e por uma revisão bibliográfica, bem como sua incorporação na prática de trabalho através da análise de documentos oficiais do PSF.

Palavras-chave: Palavra-chave DeCS. Palavra-chave DeCS. Palavra-chave DeCS.

Sumário

1 Introdução	04
2 Problema	07
3 Justificativa	08
4 Objetivos	09
4.1 <i>Objetivo geral</i>	09
4.2 <i>Objetivos específicos</i>	09
5 Revisão de Literatura	10
6 Metodologia	14
7 Cronograma	15
8 Recursos necessários	18
9 Resultados esperados	19
10 Referências bibliográficas	20

1.Introdução

Através do Ministério da Saúde foram criados inúmeros programas para o controle de doenças de maior impacto na população. No caso da diabetes e hipertensão foi criado o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus, o Hiperdia. Este programa promoveu o fornecimento contínuo e gratuito de medicamentos, além do monitoramento das condições clínicas dos usuários. (BRASIL, 2001).

Este PI (projeto de intervenção) busca reaver os fatores que interferem na má aderência ao tratamento diabético e propor uma intervenção na unidade de saúde visando melhor acessibilidade do paciente, trazendo uma rica mudança no estilo de vida.

A origem do Programa de Saúde da Família está na decisão do Ministério da Saúde, em 1991, de implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como medida de enfrentamento dos graves índices de morbimortalidade materna e infantil na Região Nordeste do país. O PACS pode ser considerado o antecessor do PSF por alguns de seus elementos que tiveram um papel central na construção do novo programa. Entre elas, enumeramos o enfoque na família e não no indivíduo e o agir preventivo sobre a demanda, constituindo-se num instrumento de organização da mesma. De certo modo, o que se percebeu é que houve a adoção de uma prática não reducionista sobre a saúde, evitando ter como eixo apenas a intervenção médica e buscando a integração de fato com a comunidade.

O reconhecimento da crise do modelo anterior suscitou a necessidade emergencial de uma nova estratégia estruturante, contemplando a incorporação de recursos humanos e tecnologias contextualizadas nas novas práticas. Com esse propósito, iniciou-se a formulação das diretrizes do Programa Saúde da Família, lançado em março de 1994. Já na época, ele foi apresentado como a estratégia capaz de provocar mudanças no modelo assistencial ao romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender suas ações para e junto à comunidade. (BRASIL, 2003).

Para que a ESF se constitua em proposta alternativa de modelo de atenção, ela precisa ter uma combinação de tecnologias e uma correlação de forças favoráveis às mudanças, caso contrário, continuará sendo o PSF em sua conformação inicial, como mais um programa verticalizado. (CARVALHO et al., 2012).

Através do Ministério da Saúde foram criados inúmeros programas para o controle de doenças de maior impacto na população. No caso da diabetes e hipertensão foi criado o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus, o Hiperdia. Este programa promoveu o fornecimento contínuo e gratuito de medicamentos, além do monitoramento das condições clínicas dos usuários. (BRASIL, 2001).

No Brasil, cerca de 60 a 80% dos casos de Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus podem ser tratados na rede primária de saúde, necessitando apenas de medidas preventivas e de promoção da saúde. (OGATA et al., 2009).

A ESF Lucélia localizado no município de Sumaré - SP, cidade 250mil habitantes, cobre uma microárea verde de em média 3 mil habitantes; a implantação do modelo ESF é recente, iniciado em março de 2014. Isto gera procrastinação de alguns resultados. Outro detalhe marcante, é o fato de na

unidade haver 1 ACS apenas, o que claramente torna algumas intervenções menos palpáveis.

Existente há 6 anos, a unidade que funcionava como UBS até março deste ano 2014, já segue adequando-se aos ajustes necessários para oferecer um melhor atendimento aos pacientes. Está sendo ofertado semanalmente grupos sobre Qualidade de Vida, HAS E DIABETES (Hipertensão), Aleitamento Materno, entre outros, visando elucidar a comunidade quanto às inúmeras maneiras de prevenir/controlar as patologias, principalmente DM2, HAS e Obesidade.

O presente estudo se justifica pela necessidade da constituição de um modelo de atenção diferenciado ao portador de diabetes para que organize melhor o grande número de demandas espontâneas e auxiliando na implementação desse modelo de ESF no município, ou mais modestamente, como um bom exemplo a ser buscado devido aos bons resultados numéricos de adesão ao tratamento.

1.1. Problema

Um dos principais problemas que enfrentamos na unidade é a má aderência ao tratamento anti-hipertensivo, o que acaba repercutindo em falha terapêutica, aumento da demanda espontânea e em consulta de urgência na UBS como crises hipertensivas e urgências hipertensivas.

1.2. Justificativa de intervenção

A ESF Lucélia é formada por uma equipe empenhada em incrementar, melhorar a qualidade de vida dos pacientes da comunidade. Tendo em vista que a unidade está em processo de adaptação UBS-ESF, acredito que seja interessante enriquecer os conhecimentos nesta área e procurar longitudinalizar, efetivamente, o acompanhamento dos pacientes, evitando assim as sequelas má adesão.

2. Objetivos

2.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de ação com vistas a conscientizar os portadores de diabetes e hipertensão da área de abrangência da ESF Lucélia, à respeito da necessidade da MEV.

2.2 Objetivo específico

Integrar os demais membros da equipe auxiliando no acompanhamento e suporte dos portadores de Diabetes e HAS.

Fornecer uma visão ampliada através do processo saúde-doença e da promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

Disponibilizar mecanismos da gestão que contribuam e incentivem o processo de intervenção, isto é, prover uma fila excepcional na especialidade de Oftalmologia para que sejam realizadas a avaliação de fundo de olho.

3. Metodologia

Este trabalho foi elaborado a partir de uma revisão de literatura, tendo como base primária diversos artigos científicos e monografias, retirados de fontes como Scielo, além de dados publicados pela Associação Médica Brasileira (AMB), Ministério da Saúde e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), captados em meios eletrônicos de pesquisa.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada de forma exploratória, em que os dados foram analisados qualitativamente, de forma indutiva.

A coleta das informações ocorreu no mês de outubro de 2014 e Janeiro de 2015, em dias e horários aleatoriamente escolhidos, conforme disponibilidade dos autores deste estudo, limitando-se àquelas escritas em língua portuguesa ou em inglês, publicadas a partir do ano de 2000.

Para compor a pesquisa e elaboração do Projeto de Intervenção sobre o tema as fichas para amostragem populacional para preenchimento através dos ACS, destacando que o critério de escolha será aleatório de acordo com as vagas disponíveis.

4. Resultados esperados

Estimamos que esse projeto dure por 04 meses, e assim poderemos a cada 30 dias fazer as medidas e novos exames nos nossos participantes, além de manter fixa uma fila excepcional para os portadores de DM E HAS na especialidade de Oftalmologia para realizar a fundoscopia, evitando-se assim, a Retinopatia Hipertensiva ou Diabética.

5. Cronograma

Nesta etapa, o projeto pretende alcançar uma vida mais saudável, com exercícios físicos, boa alimentação e buscando estabilizar ou reduzir a quantidade de medicações tomadas pelos pacientes.

O PI, primeiramente, precisará passar pela parte administrativa do município, para que o custo seja avaliado. Se aprovado, acontecerá em praças nos setores da cidade, assim, todos os moradores mesmo aqueles que não têm a doença poderão participar, incentivando-os cada vez mais, algumas gincanas nos finais de semanas, onde tudo seja ponderado com o horário e o calor do sol, caso não possa ocorrer em praças por causa do tempo, pois pode estar chuvoso, que seja então no ginásio local, pois é um local coberto. Será visada a população cardíaca, hipertensa e com diabetes, em estimativa estaremos esperando um grupo de média de 150 pessoas, onde posteriormente faremos visitas nas casas das demais que não participaram para entendermos o que aconteceu.

Começaremos com um cadastro rápido de todos os participantes, contendo nome, altura, peso, idade, pressão, qual doença e remédios que já fazem parte do seu tratamento ,por meio dos ACS que ficaram responsáveis por preencher a ficha cadastral.

Serão separados os grupos conforme cada doença. Como a área da equipe é muito populosa selecionaremos um grupo menor de início, para que no decorrer do tempo e de acordo com os resultados, possamos incrementar mais grupos. Inicialmente serão 2 grupos com 20 pessoas cada, e cada grupo terá a avaliação e/ou acompanhamento do nutricionista , educador físico e oftalmologista, que ajudarão a essas pessoas a ter uma vida mais saudável, além de palestras que são ministradas na unidade e serão reapresentadas para este público mais definido.

Estimamos que esse projeto dure, em média, 4 meses, assim poderemos a cada 30 dias fazer as medidas e novos exames nos nossos participantes, porque assim sabermos se esse projeto dará certo e se realmente essa intervenção ajudará a essas pessoas na perda ponderal, por exemplo, entre outros resultados.

Os grupos serão separados da seguinte maneira terças e quintas serão os diabéticos. Segundas e quartas serão os hipertensos.

Tudo será avaliado com muito cuidado, sempre estarão presentes duas enfermeiras, SAMU sempre apostos, pois pessoas que não tem o hábito de

realizar atividades físicas podem ter mal estar, hipotensão, vertigem, mas tudo foi pensado para o melhor da população.

Após os primeiros 30 dias, faremos exames de sangue, aferição da pressão arterial, serão feitos todos os exames necessários para dar seguimento ao trabalho iniciado, mostrando para aquele participante que ele está sendo monitorado nessa nova etapa de sua vida.

Nome:			
	1 acompanhamento	2 acompanhamento	3 acompanhamento
Idade:			
Peso:			
Pressão Arterial:			
Altura:			
Doença:			
Remédios:			
Diagnostico :			

Ficha de Inscrição e Acompanhamento

