

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATEGIA DE SAÚDE SAÚDE
DA FAMÍLIA

RENÉ GUILLERMO FIGUEREDO SARDINAS.

ADESÃO AO GRUPO DE HIPERTENSÃO DOS PACIENTES DA ESF
RESIDENCIAL 2000.

UBERABA/ MINAS GERAIS

2015

RENE GUILLERMO FIGUEREDO SARDINAS.

**ADESÃO AO GRUPO DE HIPERTENSÃO DOS PACIENTES DA ESF
RESIDENCIAL 2000.**

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

Orientador:

Sandra de Azevedo Pinheiro.

Zilda Cristina dos Santos. Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

UBERABA/ MINAS GERAIS.

2015.

RENE GUILLERMO FIGUEREDO SARDINAS.

**ADESÃO AO GRUPO DE HIPERTENSÃO DOS PACIENTES DA ESF
RESIDENCIAL 2000.**

Banca examinadora:

Examinador 1: Zilda Cristina dos Santos. Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Examinador 2: Regina Maura Rezende. Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Aprovado em Uberaba, em 28 de janeiro de 2016.

DEDICATORIA

A minha esposa, por seu amor e perseverança.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela fé e força na busca de meus ideais.

Aos meus pais, por terem me dado à vida e a educação para superar as dificuldades no caminho.

A minha esposa por ser meu Angel salvador.

Aos meus familiares, amigos, colegas de trabalho e a toda a Equipe da unidade básica de saúde Residencial 2000.

“Se eu pudesse deixar algum presente a você, deixaria aceso o sentimento de amor à vida dos seres humanos. A consciência de aprender tudo o que se nos foi ensinado pelo tempo afora. Lembraria os erros que foram cometidos como sinais para que não mais se repetissem. A capacidade de escolher novos rumos. Deixaria para você, se pudesse o respeito por aquilo que é indispensável: além do pão, do trabalho e a ação. E, quando tudo o mais faltasse, para você eu deixaria se pudesse um segredo. O de buscar no interior de si mesmo a resposta para encontrar a saída”.

Mahatma Gandhi.

RESUMO

Uberaba é um município localizado na região do Triângulo Mineiro, estado de Minas Gerais, Brasil. Seus serviços Públicos incluem as Unidades Básicas de Saúde, que se constituem como porta de entrada dos pacientes ao sistema de saúde. A nossa Unidade Básica de Saúde é Residencial 2000, cuja área de abrangência consta de 890 famílias e um total de 2998 pacientes. A equipe de saúde da família do PSF Residencial 2000 vem trabalhando na identificação dos principais problemas de saúde da nossa área de abrangência e da comunidade em geral. Um tema prioritário para a saúde da população é a baixa adesão ao grupo de Hipertensão. Segundo a OMS (2002), os indivíduos com hipertensão e diabetes têm 7,5 vezes maior risco de sofrer um acidente vascular cerebral, seis vezes maior risco de insuficiência cardíaca e 2,5 vezes de cardiopatia isquêmica. Vários estudos mostram que tratar Hipertensão Arterial, independentemente da faixa etária, traz melhora na qualidade de vida e na sobrevivência, diminuindo eventos e permitindo envelhecimento mais digno. A baixa adesão ao grupo de Hipertensão dos pacientes de nossa área constitui um problema de saúde porque muitos deles não têm participação nas atividades do grupo e se encontram descontrolados, o que aumenta a morbidade e a demanda espontânea à consulta, e incrementa as complicações como AVC, cardiopatias e pé diabético. Com este trabalho temos como objetivo geral elaborar um projeto de intervenção para aumentar a adesão de pacientes ao grupo hipertensos e diabéticos da ESF Residencial 2000. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção, foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional. Com a realização deste trabalho de intervenção, pretendemos dar atenção a fatores socioeconômicos e demográficos; aumentar o nível de conhecimento da equipe de saúde, assim como estreitar o relacionamento dos pacientes com a ESF. Espera-se aumentar o apoio à família e a comunidade, ajudando no controle das doenças e na adesão ao tratamento, assim como promover a participação ativa dos pacientes nos grupos e atividades feitas pela ESF.

Palavras chaves:

Diabetes, Hipertensão, tratamento.

ABSTRACT.

Uberaba is a city of Minas Gerais, Brazil. It is located in the Triangulum Mineiro region. Health in the city is the world's first Level is the gateway of patients to the health system; it can meet the basic health units. Our Basic Health Unit is Residential 2000; the area of cover age of our team consists of 890 families for a total of 2998 patients. Our health team of the PSF Family Residential in 2000 has been working to identify the main health in our area of cover age and the community at large. The me to be address sides the low adherence to HIPERDIA group, this problem has some variables that contribute to the prioritization. According to WHO (2002), it is a reality that individual diabetes have with the rest of the population 7.5 times great risk of suffering a stroke six times the risk of heart fail unread 2.5 times of isquemic to the heart. Several studies haves how that treating Hypertension, regardless of age faxes brings improved quality of life and survival, decreasing events and allowing more dignified aging. Low adherence to Hiperdia group of patients in our area is a health problem because many of these patients do not have activities participation in the group and are uncontrollable, which increases morbidity and spontaneous demand to the consultation, and has been proud an increase in complications such as stroke, heart disease, and diabetic foot, etc... With this work, we have as a general objective to elaborate an intervention project to increase adherence to HIPERDIA group of hypertensive and diabetic patients of Residential ESF 2000. To develop Intervention Plan will use the Strategic Planning Method Situational. With the completion of this intervention work, we intend to pay attention to socioeconomic and demographic factors; increase the knowledge level of the ESF, as well as the relationship of patients with the ESF. Increase support of family and the community, helping to control the disease and treatment adherence by patients as well as their active participation in groups and activities made by the ESF.

Key Word:

Diabetes, Hipertensión, Treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1. UBS – Unidade Básica de Saúde.
2. IDH – Índice de Desenvolvimento Humano.
3. IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica.
4. IBGE_ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
5. ESF – Equipe de Saúde da Família.
6. PROVAB – Programa de valorização da Atenção Básica.
7. DCV – Doença cardiovascular.
8. SUS – Sistema Único de Saúde.
9. ACS_ Agente Comunitária em Saúde.
10. UPA- Unidade de Pronto Atendimento.
11. CTA- Centro de Testagem e Aconselhamento.
12. CAISM- Centro de Atenção Integral à Mulher.
13. ESB- Equipe de saúde Bucal.
14. DCNT- Doença Crônica não Transmissível.
15. HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica.
16. OMS- Organização Mundial para Saúde.

SUMARIO

INTRODUÇÃO -----11

JUSTIFICATIVA-----26

OBJETIVOS -----28

METODOLOGIA -----29

REFERÊNCIAS -----40

INTRODUÇÃO:

1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO.

Uberaba é um município do estado de Minas Gerais, no Brasil. Localiza-se na região do Triângulo Mineiro, pertence à Mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba e à microrregião de mesmo nome. Encontra-se a 416,29 km de Belo Horizonte. Sua população é de 318.813 hab. (IBGE, 2012).

2 HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO

A cidade de Uberaba originou-se nos primeiros anos do século XIX, como parte do processo de exploração e escoamento de minerais preciosos do Brasil Central, situando-se às margens de rota conhecida como Estrada Real ou Anhanguera, que ligava São Paulo a Goiás. A extensão territorial hoje conhecida como Triângulo Mineiro esteve, até 1816, sob a jurisdição de Goiás que, diferentemente das Minas Gerais, estava livre do pagamento de impostos sobre minerais. Em 1816, a região do Triângulo Mineiro que, na época, compreendia o Julgado do Desemboque (onde Uberaba se encontrava) e o Julgado do Araxá, deixou de pertencer à Capitania de Goiás e foi anexada à Capitania de Minas Gerais. O sargento-mor Eustáquio pediu e conseguiu, de Dom João VI, a elevação de Uberaba à categoria de freguesia em 2 de março de 1820, com o nome de Freguesia de Santo Antônio e São Sebastião do Uberaba, desmembrada da Freguesia do Desemboque. Devido a este fato de importância histórica, instituiu-se oficialmente essa data para se comemorar o aniversário de Uberaba. (Wikipedia, localização de Uberaba).

Em 1831, foi criada a Vila de Araxá, da qual Uberaba fez parte até sua emancipação política em 1836. Em 22 de fevereiro de 1836, pela lei mineira número 28, Uberaba foi elevada à categoria de município, a Vila de Uberaba, desmembrando-se de Araxá. Em 7 de janeiro de 1837, é instalada a Câmara Municipal, tomando posse os primeiros vereadores, tendo o Capitão Domingos como seu primeiro presidente. Esta

lei número 28 também extinguiu o julgado do Desemboque e o anexou ao município de Araxá. (Wikipedia, localização de Uberaba).

Em 1840, Uberaba é elevada à categoria de comarca, a Comarca do Paraná, desmembrada da comarca de Paracatu. Uberaba é elevada, de categoria de vila à categoria de cidade em 2 de maio de 1856.(Wikipedia, localização de Uberaba)

A inauguração da Estrada de Ferro, em 1889, representou um grande incremento econômico, atraindo imigrantes europeus e desenvolvendo a pecuária zebuína, de origem indiana, além de atividades industriais e de comércio, dando com isso, impulso à sua estruturação urbana. Em meados do século XX, já contava com faculdades de Medicina, Engenharia, Enfermagem, Filosofia e de Odontologia. A partir dos anos de 1970 foi feito um esforço de diversificação econômica, visando à ampliação do parque industrial, sobretudo na área de fertilizantes e defensivos agrícolas. Posteriormente, houve implementação do polo moveleiro, entre outros projetos de desenvolvimento integrados, buscando o progresso econômico dessa cidade que hoje em dia atinge a marca 315.360 habitantes. (PONTES, HA, 1970)

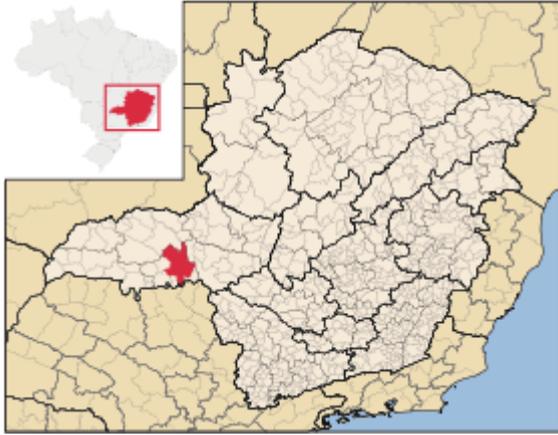
3 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO:

1 - ASPECTOS GEOGRÁFICOS:

O município tem uma área total de 4.540,51 km² e tem como municípios limítrofes: Agua Comprida, Conceição das Alagoas, Veríssimo, Indianópolis, Nova Ponte, Sacramento, Conquista, Delta, Igarapava (SP), Aramina (SP), Miguelópolis (SP). Tem uma distância total de 481 km até a capital, altitude 823 m. e clima tropical de altitude. (IBGE 2012).

Concentração habitacional com base em contagem estimada do IBGE em 01/07/2009 a população de Uberaba é de 296.261 habitantes, com os seguintes

dados estratificados: Por sexo: mulheres: 153.759 – 51,90 % homens: 142.502 – 48,10 %; N°. Aproximado de domicílios e famílias 96,799. (IBGE, 2012).



Fonte: Uberaba Wikipédia.

2- ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS Indicadores:

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM, medido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, indica que Uberaba saltou da 9ª para a 4ª colocação em Minas Gerais, num período de 10 anos e corresponde a 0,772. Por índice de urbanização: Urbana: 287.077 habitantes - 96,9% Rural: 9.184 habitantes - 3,1%. A renda per capita média de Uberaba cresceu 81,22% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 539,67 em 1991 para R\$ 790,50 em 2000 e R\$ 978,01 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 46,48% no primeiro período e 23,72% no segundo. A renda per capita anual de Uberaba: R\$4.804,80. O PIB per capita em 2009 é de R\$ 18.800,00. (IBGE, 2012).

Taxa de longevidade: aumentou de 68,97 para 73,93 anos, uma das maiores do país e a expectativa de vida da população é de 73,9 anos. A taxa de mortalidade infantil em Uberaba: 9,51%, uma das menores do Brasil. (IBGE, 2012).

Uberaba tem tudo para se viver com qualidade e tranquilidade. Está bem localizada, tem uma economia diversificada, ótimas escolas e saúde equiparada a de primeiro mundo.

Dados de Saneamento de Uberaba:

Domicílio com ligação de água: 99,9%; domicílio com ligação de esgoto: 98%.
 Extensão de redes: Rede de água: 698,65 km Rede de esgoto: 655,25 km.
 Principais Atividades Econômicas: Açúcar e álcool, Avicultura, Biotecnologia, Algodão, Alimento e bebida, Bovinocultura de corte e leite, Calçados e confecções, Comercio em geral, Cosméticos, Construção civil, Ensino, Eletrodomésticos e ferramentas, Fertilizantes, Indústria química, Hortifrutigranjeiros, Metalomecânica, Ovinocultura, Indústria moveleira, Produção agrícola, Piscicultura, Prestação de serviços, Suinocultura, Tubos plásticos e derivados. (UBERABA, Plano Municipal de saúde, 2014).

2 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS 1:

Tabela 1 – População por faixa etária em Uberaba, 2012.

Faixa Etária	No.	%
Menor de 1 ano	3516	1,155
1 a 4 anos	14130	4,645
5 a 9 anos	17824	5,859
10 a 14 anos	21288	6,998
15 a 19 anos	23660	7,778
20 a 29 anos	56136	18,45
30 a 39 anos	47667	15,67
40 a 49 anos	43647	14,34
50 a 59 anos	36402	11,96
60 a 69 anos	21426	7,044
70 a 79 anos	12687	4,171
80 e mais anos	5783	1,901
Total	304166	100,00

Fontes: IBGE – Censos Demográficos, 2000 e 2010.

3 -ASPECTOS DEMOGRÁFICOS Indicadores:

Taxa de Crescimento Anual: 1,33%

Densidade demográfica: 70,66 hab./km²

Densidade Urbana: 1.121,39 hab./km²

Densidade Rural: 2,14 hab./km²

Taxa de alfabetização: 98,70%. Em Uberaba, não falta escola para quem quer estudar. (IBGE, 2012)

A taxa de analfabetos em Uberaba é de 4,0% considerando alunos acima de 15 anos, sendo que a maioria de analfabetos se encontra na faixa etária acima de 60 anos, de acordo com o censo do IBGE de 2012.

A renda per capita média de Uberaba cresceu 81,22% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 539,67 em 1991 para R\$ 790,50 em 2000 e R\$ 978,01 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 46,48% no primeiro período e 23,72% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 3,46% em 1991 para 2,06% em 2000 e para 0,67% em 2010. (IBGE, 2012).

3.5- SISTEMA LOCAL DE SAÚDE:

O Conselho Municipal de Saúde reúne em horário definido por seus componentes, na segunda e na última quarta-feira De cada mês, na Secretaria Municipal de Saúde ou, extraordinariamente, quando convocado pelo Presidente ou por cinquenta por cento de seus membros.

O Fundo Municipal de Saúde é instituído por lei e se constitui em uma unidade orçamentária gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde (art. 14 Lei Complementar 141/2012). A gestão do Fundo Municipal de Saúde é do Secretário de Saúde (Constituição Federal 198, I; Lei 8080,

art. 9; art.32 § 2o e art.33 § 1o), que tem autonomia total na gestão dos recursos orçamentários e financeiros, mas ainda mantém a contabilidade de forma centralizada na Secretaria Municipal da Fazenda.

O Programa Saúde da Família do município tem uma cobertura de 52,44%, com 22 USF, nove UMS, seis NASF, ESF 47, CEO três. (UBERABA, Plano Municipal de saúde, 2014).

Sistema de Referência e Contra referência

Redes de Média e Alta Complexidade

- I. Nível primário ou rede de Atenção Básica à Saúde: Constitui a porta de entrada dos pacientes ao sistema de saúde. Nela podemos encontrar as Unidades Básicas de Saúde entre as que estão: USF: Edison Reis Lopes, USF Virilânea Augusta Lima, USF Julieta Andrade, UBS Dona Aparecida C. Ferreira, USF Rosa Maria, USF Residencial 2000, USF Francisco José S. Sabiá, Central de Rede De Frio, UBS Juca Inácio, USF Lecir Nunes Ramos, USF Sebastião L. Costa, USF Beija Flor, USF Romeus Cecílio, USF Jardim Copacabana, USF Fausto Cunha, USF Maria de Oliveira, USF Jacob José Pinto, USF Inimá Baroni, USF Palmira Conceição, USF Norberto, Eurico Vilela Farmácia. Estas unidades básicas oferecem serviços de clínico geral, odontologia, psicologia, nutrição, fisioterapia, desde as 07:00 horas até 17:00Horas.

Nesta rede de atenção temos também as unidades matriciais, que oferecem serviço de clinica médica, pediatria e ginecologista, além de plantão de clínicos gerais no período de 07h horas até 22h São elas, UMS Guarita, UMS Nossa Senhora Abadia, UMS Maria Tereza, UMS Nidia M Veludo, UMS Luiz Meneghello e UMS Êzio De Martino. Outro Tipo desta Modalidade são as UMS que oferecem serviço de pediatria e ginecologia e seu trabalho se desenvolve desde as 07h até 19h, estas são: UMS George Chiree, UMS Prof. Aluizio Prata e UMS Valdemar Hial.

II. Nível secundário ou rede de Atenção Secundária: Este Tipo de Atenção está preparado para avaliação de pacientes de risco e são unidades que contam com serviço ambulatorio especializado ao qual se encaminham os pacientes que não podem resolver seu problema na atenção básica. Estas unidades contam com dermatologistas, cardiologistas, neurologistas, psiquiatras, endócrinos, ortopedistas e especialidades odontológicas, etc. Dentre estas unidades temos as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) Humberto Ferreira e São Benedito e as Unidades Regional de Saúde (URS) São Cristóvão e Boa Vista. Neste nível temos também Centros Especializados em reabilitação, Centros de Saúde Mental, Álcool e Droga (CAPS`D e CAPS), Centros de Testagem Anônima (CTA), Centros Especializados em Saúde da Mulher (CAISM), Centro de Referência a Saúde do Trabalhador (CEREST).

III. Nível Terciário ou Rede de Atenção Terciária: Está constituída pela Atenção Hospitalar onde ocorre atendimento a pacientes de alto risco ou com doenças de maior complexidade, dentre eles temos Hospital das Clínicas ou Hospital Escola e o Hospital Universitário Mario Franco. Nesta atenção temos também a modalidade de Tratamento Fora do Domicilio (TFD) para pacientes com doenças de alta complexidade fora do município. O sistema garante transporte para levar os pacientes para outros municípios onde se realiza seu tratamento ou avaliação, como por exemplo, Ribeirão Preto, Uberlândia, etc.

Nosso cenário de práticas

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-ESB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

5- TERRITÓRIOS / ÁREA DE ABRANGENCIA:

A ESF-2 da UBS Residencial 2000 consta de um total de 890 famílias para um total de 2998 pacientes.

A Tabela 2 mostra a distribuição da população da área segundo faixa etária e sexo onde se observa predomínio da população de 20 a 39 anos, seguida dos idosos.

Tabela 2 - Distribuição da população segundo faixa etária e sexo da área de abrangência ESF Residencial 2000-2, 2015.

Faixa Etária	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
<1	12	20	32
1 - 4	66	79	145
5 – 9	99	125	224
10 – 14	104	115	219
15 – 19	117	124	241
20 – 39	441	454	895
40 – 49	182	213	395
50 – 59	190	204	394
>60	200	253	453
Total	1411	1587	2998

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica, 2014.

Nível de alfabetização: Esta é uma população de baixa renda e baixo nível de escolaridade. A maior parte da população tem até os estudos primários ou secundários incompletos, alguns adultos fazem o básico e tem voltado a estudar no período noturno. Cerca de 20% são analfabetos, correspondendo provavelmente à população idosa.

Taxa de Emprego e principais postos de trabalho: Existe alto índice de desemprego da população, sendo as fontes de trabalho escassas para os moradores da área, entre estas fontes de emprego temos Mercados de comidas e de frutas, lojas de roupa, lojas de construção, restaurantes de pequenos empresários e cabeleireiras, trabalhos agrícola e trabalhos de faxineiras para as mulheres.

As casas de um modo geral são construídas pelo Programa Minha casa Minha vida. Quase todas são feitas de alvenaria, com acabamentos simples, muitas recobertas com telhas, são pequenas e, em sua maioria moram, em uma média por domicílio, de 5 a 8 pessoas. A iluminação é feita pela rede pública CEMIG, e a rede de água e esgoto por empresa municipal CODAU. A maioria das casas é própria, sendo que algumas são alugadas ou cedidas. A renda familiar varia, mas a média corresponde a um pouco mais do que o salário mínimo. Há distribuição de cestas básicas para pessoas com dificuldades temporárias e permanentes, de verduras e outras comidas, assim como de roupas. O transporte é feito predominantemente por ônibus. Alguns moradores possuem motos e carros. O número de nascimentos é elevado, pois esta é uma população relativamente jovem. As doenças predominantes são: em crianças, parasitose intestinal e, em adultos, há uma alta taxa de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e suas complicações, Dependência Química de drogas, álcool e cigarro, principalmente. Em idosos prevalece a Depressão, Cardiopatias, Artrose. Os problemas de saúde da criança estão relacionados ao baixo nível cultural da população que leva à falta de higiene, a má alimentação e falta de conscientização das mães. No idoso, as causas fundamentais são o baixo nível econômico, a falta de uso diário das medicações, transtorno no funcionamento familiar que muitas vezes leva ao abandono do idoso sozinho em casa. As principais causas de morte são a violência (causada pelo uso de drogas e álcool) e problemas cardíacos, e os grupos mais vulneráveis são os idosos seguidos de adultos jovens. Outras causas comuns de adoecimento são resultado do estilo de vida das pessoas tais como: tabagismo, o consumo de drogas e obesidade.

4-RECURSOS DA COMUNIDADE: Outros recursos da comunidade, incluindo a nossa área de saúde, são uma escola e uma creche. Serviços existentes (luz elétrica, água, telefonia): As casas são abastecidas de água pelo CODAU, há

serviço de coleta de lixo regular (duas vezes por semana), mas existem áreas de acúmulo em alguns terrenos baldios e quintais. Há lixo na rua, cães soltos, e pessoas que também jogam papel de balas, cigarros e outras coisas nas ruas, o que afeta também a higiene do lugar.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: Inserção na comunidade (localização e acesso). A UBS Residencial 2000 está inserida no meio do bairro da população de abrangência.

O atendimento por agendamento é muito procurado, principalmente por pacientes com doenças crônicas, sendo maior a procura pelo o clínico geral. As urgências são encaminhadas para UPA com serviço de ambulância de SAMU, sempre com avaliação prévia do médico e se ele não puder dar solução ao caso. Existe dificuldade para a marcação de consultas com especialidades, pois a filha eletrônica é muito demorada.

Horário de funcionamento: A UBS Residencial 2000 tem horário de funcionamento desde as 07 horas até às 17 horas.

- RECURSOS HUMANOS: Número, profissão, horário de trabalho.

Número de Trabalhadores: 33

Profissionais: 28

Enfermeiras de PSF: 2

Médicos de PSF: 2

Técnicos de enfermagem: 2

Dentistas: 2

Técnicos de Higiene Bucal: 1

Secretaria de dentista:

Gerente: 1

Técnicas de Enfermagem da rede: 1

ACS: 6

Recepcionistas: 2

Empregadas de Limpeza: 2

Médicos da rede: 3 (1clínicos Gerais, 1 ginecologista e 1 Pediatra)

Psicólogas: 1

Assistentes Sociais: 1

Horário de trabalho: Os ESF trabalham de 7h às 17h.

5.1- RECURSOS MATERIAIS

Área física e uso: A unidade consta de 55 m², tem 2 consultórios de ESF, 1 sala para exame de Papanicolau, 1 consultório ginecológico, e um consultório de pediatria, 1 posto de Enfermagem, Recepção e dois Sanitários, além possui uma sala de vacinação, uma sala de atendimento odontológico, uma sala de arquivo médico, uma sala de curativos, copa e uma sala de espera.

6- DIAGNOSTICO SITUACIONAL:

A nossa equipe de saúde da família do PSF Residencial 2000 vem trabalhando na identificação dos principais problemas de saúde da nossa área de abrangência e da comunidade em geral e, na procura de soluções mais viáveis para esses problemas, considero de extrema importância a abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Em nossa análise de situação de saúde fizemos a identificação dos problemas de saúde da comunidade.

PRIMEIRO PASSO: Identificação dos principais problemas de saúde:

1. Maus hábitos higiênico-dietéticos.
2. Alto índice de obesidade.
3. Baixa adesão ao grupo de Hiperdia.
4. Descompensação de diabetes mellitus e hipertensão arterial.
5. Alta dependência de medicamentos psicoativos.
6. Alto índice de dependentes de drogas e álcool.
7. Alto índice de tabagismo.

8. Baixa adesão ao grupo de puericultura.
9. Baixo nível de escolaridade cultural da população.
10. Alta incidência de diabetes mellitus.

A priorização dos problemas de saúde da comunidade foi feita com toda a equipe e representantes da comunidade, analisando algumas de suas características como a magnitude, importância, vulnerabilidade e viabilidade, utilizando métodos qualitativos e quantitativos, pontuando cada uma destas características. Foram priorizados os problemas com pontuações mais altas, conforme o quadro abaixo:

SEGUNDO PASSO: Priorização dos problemas de saúde.

Principais problemas.	Importância	Magnitude	Viabilidade	Vulnerabilidade	Soma	Prioridade
Maus hábitos higiênico-dietético	8	6	5	3	22	10
Alto índice de obesidade.	8	7	5	5	25	9
Baixa adesão ao grupo de Hiperdia.	10	10	10	10	40	1
De compensação de diabetes mellitus e hipertensão arterial.	10	10	8	9	37	2

Alta dependência de medicamentos psicoativos.	9	9	5	8	31	6
Alto índice de dependentes de drogas e álcool.	8	9	6	7	30	7
Alto índice de tabagismo.	10	9	5	8	32	5
Baixa adesão ao grupo de puericultura.	9	9	7	8	33	4
Baixo nível cultural da população.	8	8	6	6	28	8
Alta incidência de diabetes mellitus	10	9	8	8	35	3

Fonte: ESF Residencial 2000, 2015.

Terceiro Passo: descrição do problema:

O tema para ser abordado é a baixa adesão ao grupo de hipertensão. Este problema tem algumas variáveis que contribuem para a sua priorização. Por exemplo, na população Residencial 2000, a área de abrangência de nossa equipe de saúde da família, conta com um total de 328 pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados pela equipe, dos quais 145 são adultos maiores e apresentam várias doenças crônicas associadas. Por tal motivo, a maior parte deles está com várias terapias medicamentosas e, além disso, muitos desses pacientes não têm cuidador ou responsáveis por eles, morando sozinhos. Outro ponto importante em relação aos cuidadores é que temos um número de 56 pacientes com HTA e DM cadeirantes que, sem a ajuda de uma outra pessoa, não podem participar de grupos educativos na unidade de saúde. Desses, 59 não são alfabetizados. Assim sendo, o

cumprimento do tratamento e o seguimento adequado do paciente não são os mais adequados devido a todos os problemas antes expostos.

Quadro 2. Pacientes hipertensos e diabéticos com problemas identificados em 4 micro áreas

Micro Área.	Total de pacientes com HTA e DM cadastrados.	Residem sozinhos ou são cadeirantes.	Paciente ou cuidador analfabeto.	Hipertensos e diabéticos idosos.	Não adesão ao grupo de Hiperdia.	Não controlados.	Uso de mais de três terapias.
ACS-1	78	16	14	38	38	32	56
ACS-2	88	27	12	36	36	39	53
ACS-3	79	13	8	32	33	36	62
ACS-4	83	18	14	39	34	44	70
TOTAL	328	74	48	145	141	151	241

Fonte: ESF Residencial 2000, 2015.

QUARTO PASSO: EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA.

Para a explicação do problema baseamos nosso estudo nas principais causas que influem diretamente sobre o problema assim como as consequências do problema:

1. Disponibilidade e custo dos fármacos.
2. Manifestações da doença e das complicações.
3. Conhecimento sobre a doença e tratamento.
4. Motivação do paciente sobre sua saúde e seu bem-estar.
5. Apoio familiar e da comunidade que o rodeia.
6. Organização dos serviços de saúde e qualidade dos cuidados.
7. Comunicação e orientação por parte dos profissionais da saúde com os pacientes.
8. Possibilidades econômicas pacientes/ familiares.
9. Nível cultural e crenças religiosas dos pacientes.

10. Complexidade dos tratamentos.

QUINTO PASSO: IDENTIFICAÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS.

Identificação de nós crítico:

Desenvolvimento social do usuário:

- Conhecimento sobre a doença e tratamento
- Motivação do paciente sobre sua saúde e seu bem-estar.
- Nível cultural e crenças religiosas dos pacientes.
- Apoio familiar e da comunidade.

Adesão ao grupo de hiperdia:

- Possibilidades econômicas pacientes/ familiares.
- Manifestações da doença e das complicações.
- Disponibilidade e custo dos fármacos.
- Complexidade dos tratamentos.

Acessibilidade ao serviço de saúde:

- Qualidade dos cuidados.
- Satisfação com o atendimento recebido.
- Organização dos serviços de saúde e qualidade dos cuidados.
- Comunicação e orientação por parte dos profissionais da saúde com os pacientes.

A baixa adesão ao grupo de HIPERDIA dos pacientes, principalmente os adultos maiores hipertensos, constitui um problema influenciado por fatores que podem ser modificáveis relacionados tanto ao envolvimento pessoal, ao cumprimento do tratamento e ao relacionamento dos profissionais da saúde com os pacientes nestes fatores, pode-se intervir para melhorar as ações educativas atingir uma melhor qualidade de vida dos pacientes.

JUSTIFICATIVA:

O principal significado clínico da hipertensão não é que é uma doença no sentido usual da palavra, mas indicando um risco futuro de doença vascular, que é, em princípio, controlável com o declínio do primeiro. (DUENAS HERRERA, 2011)

Segundo a OMS (2002), é uma realidade que os indivíduos com hipertensão e diabetes têm 7,5 vezes maior risco de sofrer um acidente vascular cerebral, seis vezes o risco de insuficiência cardíaca e 2,5 vezes de cardiopatia isquêmica.

Considerando-se que esta doença ocorre na população com elevada prevalência e traz graves consequências a médio e longo prazo é que o seu início foi reconhecido por outros autores como "Assassino Silencioso". Produz alta letalidade, bem como incapacidade e redução da qualidade de vida, tanto pessoal como da família, além dos problemas econômicos decorrentes da incapacidade de produzir em pacientes e cuidadores. (PEREZ CABALLERO, 2013)

O contexto atual clama pela estruturação do trabalho das equipes de atenção básica cujos processos de trabalho devem responder as muito prevalentes e complexas doenças crônicas que não curam, como as doenças agudas, e que permanecem ao longo da vida dos indivíduos. Recente evidência mostram que equipes multidisciplinares atuando de forma coordenada, preparadas para orientar e apoiar as pessoas a lidar com suas condições e a responder as agudizações desses processos alcançam melhores resultados.

Entre as atividades a serem incorporadas destacam-se a estratificação das pessoas segundo riscos/ vulnerabilidades, com intervenções individuais e coletivas conforme o estrato de risco; o cuidado compartilhado; o apoio ao autocuidado; a maior qualidade nos cuidados preventivos inclusive, na prevenção de uso desnecessário de tecnologias, a reformulação de saberes e práticas oriundas da formação, incorporando conceitos de ciências sociais, intervenções comportamentais,

neuropsicológicas, ambientais e econômicas, que podem se dar em programas de educação permanente, cursos e discussões de casos entre outros. (MALTA et al., 2010)

Vários estudos mostraram que tratar Hipertensão Arterial, independentemente da fásia etária, traz melhora na qualidade de vida e na sobrevivência, diminuindo eventos e permitindo envelhecimento mais digno. (BORELLI *et al.*, 2008, p. 236 - 239).

A importância da adesão do paciente ao grupo de hipertensão radica na ajuda que traz a educação para a saúde brindada no grupo e o seguimento dos pacientes com diabetes e hipertensão, pois desta forma conseguimos uma maior responsabilidade e autocuidado por parte do paciente, e assim maior adesão ao tratamento dessas doenças crônicas, o que traz benefícios indubitáveis .

A baixa adesão ao grupo de Hipertensão dos pacientes de nossa área constitui um problema de saúde, porque muitos deles não têm participação nas atividades do grupo e se encontram descontrolados, o que aumenta a morbidade e a demanda espontânea à consulta, e tem-se produzido um incremento das complicações como AVC, cardiopatias, e pé diabético, etc.

Nossa equipe de saúde reconhece a importância e a necessidade de identificar a presença ou ausência de alguns fatores que influenciam na adesão ao grupo de hipertensão dos pacientes e que podem agir a partir de diferentes níveis de determinação desse comportamento.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- I Elaborar um projeto de intervenção para aumentar a adesão ao grupo de hiperdia de pacientes hipertensos e diabéticos da ESF Residencial 2000.

Objetivos específicos

- 1 Identificar as dificuldades que existem no acompanhamento de pacientes através do cadastramento- HIPERDIA.
- 2 Compartilhar conhecimento dos portadores de HAS e DM sobre as patologias e suas complicações.
- 3 Propor estratégias de enfrentamento das dificuldades de adesão dos usuários ao grupo do Hiperdia.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 110). A entrada dos dados vai ser realizada usando-se a planilha eletrônica Excel 2010 for Windows, sendo que estes dados serão posteriormente submetidos à análise estatística por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 13.0). Os dados serão analisados estatisticamente tomando por base as variáveis de interesse para o estudo, e organizados em quadros e gráficos, sendo sua discussão realizada por meio da utilização de literatura pertinente.

Para subsidiar o referencial teórico sobre o tema proposto foi realizada revisão narrativa da literatura por meio de levantamento bibliográfico de textos, livros, artigos científicos, coletados nas bases de dados da BVS, LILACS, MEDLINE, CEBES e SCIELO, utilizando-se os seguintes descritores: Diabetes Mellitu, Hipertensão arterial sistêmica, Adesão ao tratamento.

Vamos fazer uma intervenção comunitária sobre fatores que influenciam na adesão de pacientes hipertensos e diabéticos ao grupo de hiperdia.

Aplicaremos métodos quantitativos e qualitativos para identificar os fatores de risco.

RESULTADOS ESPERADOS:

Com a realização deste trabalho de intervenção, pretendemos dar atenção a fatores socioeconômicos e demográficos; aumentar o nível de conhecimento da ESF, assim como o relacionamento dos pacientes com a ESF. Aumentar o apoio da família e a comunidade, ajudando no controle das doenças e adesão ao tratamento por parte dos pacientes, assim como a sua participação ativa nos grupos e atividades feitas pela ESF.

A entrada dos dados vai ser realizada usando-se a planilha eletrônica Excel 2010 for Windows, sendo que estes dados serão posteriormente submetidos à análise estatística por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 13.0). Os dados serão analisados estatisticamente tomando por base as variáveis de interesse para o estudo, e organizados em quadros e gráficos, sendo sua discussão realizada por meio da utilização de literatura pertinente. Utilizaram-se os seguintes descritores: Diabetes, Hipertensão, Adesão ao tratamento.

REVISÃO BIBLIOGRAFICA

Conforme o Ministério da Saúde (2006), a Hipertensão arterial sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. Segundo dados recentes do ministério da Saúde, no Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. Podemos afirmar ainda, baseado no Ministério da saúde, que esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce estima-se que atualmente também bem aumentando o número das crianças e adolescentes portadoras de hipertensão. A carga das doenças representadas pela morbimortalidade devida à doença é muito alta, e por tudo isso a Hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo.

Juntamente com a Hipertensão arterial ressaltamos, neste texto, a Diabetes Mellitus, que se configura hoje, como um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Conforme o Ministério da Saúde (2006) no Brasil são cerca de seis milhões de portadores e esse número deverá chegar a 10 milhões. Ainda no Brasil, junto com a Hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputação de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renais crônicos submetidos à diálise (Ministério de Saúde 2006).

Conforme o Ministério da Saúde (2006), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos, 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronária e, em combinação com a diabete, 50% dos casos de insuficiência renal terminal.

Conforme o Ministério de Saúde (2002), o aumento na conscientização e tratamento de hipertensão arterial, apesar de ainda manter um número relativamente baixo de indivíduos sob o controle desejado tem um impacto epidemiológico importante, com reduções drásticas na morbimortalidade atribuída à HAS. O serviço de atenção primaria de saúde tem como um dos objetivos trabalhar no processo de mudanças no estilo de vida das pessoas, atuando como agente de transformação, promovendo um maior impacto de autonomia e autoconsciência na vida das pessoas.

Sobre esta questão, conforme o Ministério da Saúde (2008) a clínica ampliada que faz parte da política nacional de Humanização apresenta a proposta de ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica com uma visão integralizada deixando de trabalhar com pedaços fragmentados, e sim reconhecer e utilizar os saberes das pessoas envolvidas. Devemos compactuar com o desafio de lidar com os usuários enquanto sujeitos buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico.

Em virtude desta afirmação devemos apostar no plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus que, conforme dados do Ministério de saúde, vem obtendo sucesso na sua missão de aumentar conscientização, prevenção, tratamento e controle dessas doenças.

Modificações no estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle de peso, prática de atividade física, tabagismo, uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, pois mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis de pressão arterial.

Para os profissionais de saúde da atenção primária é de suma importância obter resultados positivos nas suas ações e saber que através de programas como o HIPERDIA é possível modificar o quadro atual de saúde que o Brasil apresenta.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A seguir, os passos desenhados pelo PSF Residencial 2000, onde trabalho, para a elaboração do plano de ação:

Sexto Paso: Desenho das operações.

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultado esperado	Produtos	Recursos Necessários
Desenvolvimento social do usuário.	Atenção ao indivíduo Aumentar os conhecimentos dos pacientes sobre as doenças crônicas que os atingem e a importância do tratamento.	População melhor informada, sobre as suas doenças e os fatores de risco.	Oficinas sobre as doenças, seus fatores de risco as complicações e a importância do cumprimento do tratamento.	Cognitivo: informação sobre fatores de risco. Organizacional: Agenda organizada.
	Fornecer apoio biopsicossocial para melhorar sua saúde.	Aceitação negociada, participação ativa dos pacientes.	Oficinas sobre autocuidado no grupo de hiperdia.	Cognitivos: técnicas de comunicação e participação popular, Financeiros: distribuição de folhetos, etc.
	Avaliar sinais e sintomas de complicações, controlar sua evolução.	Controle das doenças de base e modificação do tratamento, caso precisar.	Busca ativa de sinais e sintomas de de compensação, tanto na consulta nos grupos e as visitas domiciliar.	Cognitivos: conhecimentos dos sintomas e sinais de complicações decorrentes das doenças de base.
	Envolver e comprometer a família do paciente com a saúde dele.	Aumentar o apoio da família e a comunidade.	Dinâmicas familiares para envolvê-los e comprometer os no cumprimento do tratamento dos pacientes e sua evolução.	Cognitivo: conhecimentos sobre técnicas de educação em saúde e terapia grupal.
Adesão ao grupo Hiperdia	Responsabilidade do paciente, avaliar adesão ao	Controle da doença.	Palestras educativas sobre a importância do	Cognitivos: conhecimento sobre os

	tratamento.		cumprimento do tratamento	diferentes tratamentos e controle de agravos. Financeiro: distribuição de folhetos e cartilhas.
	Melhorar a infraestrutura da UBS para a distribuição dos medicamentos das doenças crônicas em tempo e de forma estável.	Garantir a disponibilidade dos medicamentos para o tratamento.	Realizar levantamento nas farmácias para verificar disponibilidade das medicações de HIPERDIA.	Políticos: Decisão de melhorar o abastecimento e variedade de medicações nas farmácias da rede pública.
Acessibilidade ao serviço de saúde.	Organização dos serviços: Garantir a qualidade da consulta médica e de enfermagem.	Incrementar a assistência dos pacientes a consulta e cobrir más do 90% do atendimento dos pacientes com HAS e DM.	Consulta médica agendada de forma individual trabalho em grupo com orientação em grupo.	Organizacional: Agenda organizada.
	Melhorar a qualidade de trabalho das ESF com o grupo de hiperdia.	Aumentar as atividades em grupo para permitir a participação ativa dos pacientes.	Orientação em grupo vinculada ao grupo educativo de Hiperdia.	Cognitiva: Conhecimentos sobre o trabalho em grupo.
	Avaliar a interação das ESF com os pacientes.	Conseguir melhor preparação das ESF e melhorar sua interação e comprometimento com os pacientes.	Educação continuada das ESF sobre as doenças crônicas.	Cognitivos: Conhecimentos sobre as doenças crônica e ética em saúde.
	Melhorar a organização dos serviços do SUS para os pacientes receberem em tempo consulta com os especialistas.	Aumentar a quantidade de especialistas e atingir sobre a fila eletrônica para agilizar as Inter consultas dos pacientes.	Aumentar os recursos humanos capacitados na rede pública.	Políticos: Decisão de aumentar os recursos para a rede pública.

Fonte: ESF Residencial 2000, 2015.

Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos.

Operação/ Projeto	Recursos críticos.
Atenção ao indivíduo.	Financeiros; distribuição de folhetos e cartilhas.
Responsabilidade e equidade.	Financeiros: para a distribuição de folhetos, cartilhas, etc. Políticos; decisão de colocar recursos nas farmácias da rede pública.
Organização dos serviços.	Políticos; decisão de colocar recursos humanos para a rede pública.

Fonte: ESF Residencial 2000, 2015.

Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano.

Operação/ Projeto.	Recursos críticos	Controle de recursos críticos.		Ação Estratégica.
		Ator que controla	Motivação	
Atenção ao indivíduo	Financeiros: Distribuição de folhetos e cartilhas.	Coordenador da atenção básica em saúde.	Favorável	Apresentação do plano de ação.
Responsabilidade e e equidade.	Financeiros: distribuição de folhetos e cartilhas.	Coordenador a da atenção básica em saúde	Favorável	Apresentação do plano de ação.
	Políticos; colocar recursos na farmácia da rede pública.	Secretário de saúde, prefeitura do governo estadual.	Indiferente	Apresentação do projeto.
Organização dos serviços.	Político: colocação de	Secretário de saúde,	Indiferente.	Apresentação do projeto.

	recursos humanos na rede pública.	prefeitura do governo estadual.		
--	-----------------------------------	---------------------------------	--	--

Fonte: ESF Residencial 2000, 2015.

Nono passo: Elaboração do plano operativo.

Operação	Resultados	Pro endemias e epidemias adultos.	Ações estratégicas.	Responsáveis	Prazo.
Atenção ao indivíduo.	Aceitação negociada.	Oficinas sobre autocuidado no grupo de hiperdia.		Médico: Rene, Enfermeira e ACS.	15 dias para iniciar atividades.
	População educada em saúde e bem informada sobre o controle das doenças crônicas.	Oficinas sobre fatores de risco das doenças crônicas e suas complicações, importância do tratamento.		Médico: Rene; Enfermeira.	1mes para iniciar as atividades.
	Aumentar apoio da família.	Dinâmicas familiares e de grupo para o envolvimento no cumprimento do		Médico enfermeira e ACS.	15 dias para iniciar as atividades.

		tratamento.			
	Controle da doença e cumprimento do tratamento.	Busca ativa de sinais e sintomas de descompensação na consulta e na visita domiciliar.		Médico: Rene Enfermeira	15 dias para iniciar as atividades.
Responsabilidade e equidade	Garantir a disponibilidade e do tratamento dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus.	Realizar levantamento de medicações disponíveis nas farmácias da rede pública, de fácil acesso aos pacientes.	Apresentação do projeto	Gerente da UBS secretaria de saúde.	3meses.
	Controle da doença e redirecionamento do tratamento.	Palestras educativas sobre a importância do adequado cumprimento do tratamento.		Enfermeira e ACS da equipe Copacabana.	1 semana para iniciar.
	Aumentar as atividades do grupo permitindo a participação	Orientação em grupo vinculada a programa educativo em		Dr. Rene, enfermeira.	15 dias para iniciar.

	ativa dos pacientes.	grupo de hiperdia.			
	Incrementar a 90% a consulta dos pacientes com HTA e DM.	Consulta médica agendada e trabalho em grupo.		Dr. Rene.	15 dias para começar .
Organização dos serviços.	Melhor preparação da ESF e seu relacionamento com os pacientes.	Educação continuada da ESF sobre as doenças crônicas e importância do tratamento, e o relacionamento da ESF com os pacientes.		Médico e enfermeira.	15 dias para o início.
	Aumentar o número de especialistas da rede pública, e atingir sobre a fila eletrônica para agilizar o processo.	Colocação de recursos humanos capacitados na rede pública.	Apresentação do projeto.	Secretaria de saúde, prefeitura do governo estadual.	6meses.

Fonte: ESF Residencial 2000, 2015.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão arterial sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares, e, tratar a Hipertensão Arterial, independentemente da fásia etária, traz melhora na qualidade de vida e na sobrevivência; a Diabetes Mellitus, é também considerada hoje, como um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Equipes multidisciplinares atuando de forma coordenada, preparadas para orientar e apoiar as pessoas a lidar com suas condições e a responder as agudizações desses processos alcançam melhores resultados. A importância da adesão do paciente ao grupo de hiperdia radica na ajuda que traz a educação para a saúde brindada no grupo e o seguimento dos pacientes com diabetes e hipertensão, pois desta forma, conseguimos uma maior responsabilidade e autocuidado por parte do paciente e assim, maior adesão ao tratamento dessas doenças crônicas, o que traz benefícios indubitáveis.

Com a realização deste trabalho, pretendemos aumentar a adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos ao grupo de Hiperdia, sendo que este grupo é um sistema de cadastramento e acompanhamento destes pacientes no plano nacional de reorganização da atenção a HAS e ao DM em todas as unidades ambulatoriais do SUS. Além de cadastrar estes pacientes, pretendemos garantir o recebimento dos medicamentos prescritos; poderemos fazer uma melhor definição do perfil epidemiológico desta população e as estratégias de saúde que serão tomadas levarão à modificação do quadro atual, à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social. O acompanhamento e o controle da hipertensão arterial e da diabetes mellitus no âmbito da atenção básica poderá evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares bem como a mortalidade devido a esses agravos.

REFERÊNCIAS

ABC.MED.BR, 2008. **Hipertensão Arterial**. Disponível em:

<<http://www.abc.med.br/p/hipertensao-arterial/22140/hipertensao+arterial.htm>>.

Acesso em: 1 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos da atenção básica**. PSF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica ampliada e equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2 ed. Brasília 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica**, n 16, série A, Brasília, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica**, n 15, Série A, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**, Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de saúde**. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 19 set. 2014.

BORELLI F. A. O.; *et al.* Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar. **Rev Bras Hipertens**. vol.15, n. 4, p. 236-239, 2008.

CAMPOS, F. C. C. ; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. . **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p

CURTO S; PRATS O; AYETERAN R. Factores de riesgo de HTA. **Rev Med Uruguay**. v. 20, p. 76-81. 2007

DUENAS HERRERA, A. La hipertensión arterial. **Rev cubana med**, Ciudad de la Habana, v. 50, n. 3, sept. 2011. Disponível em:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000300001&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 01 set. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo populacional, 2008-2012**. Disponível em: <http://ibge.gov.br> Acesso em: 19 set. 2014

OMS. **Serie de informes técnicos**. Prevención Primaria de la hipertensión arterial esencial. 2002, p.686.

PEREZ CABALLERO, M. D. Guías para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el siglo XXI. **Rev cubana med**, Ciudad de la Habana, v. 52, n. 4, dic. 2013. Disponível em:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000400008&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 01 set. 2014.

PONTES, H.A. **História de Uberaba e a Civilização do Brasil Central**, Academia de Letras do Triângulo Mineiro, 1970.

SEUHT NATIONAL INSTITUTES OF HEARTH. Report of Joint National community on Prevention, Detection, Evaluation and treatment of Higt Blood Pressure. **NIH Pub.** 2008.

UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde – 2013/2014-2017**. Uberaba-MG, 2014.

Wikipédia, a enciclopédia livre. **Localização de Uberaba**. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/uberaba>. Acesso em 19 set 2014.