

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

IGOR DA SILVA PEREIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO FRENTE A BAIXA ADESÃO AO
TRATAMENTO DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA ESF CIDADE CRISTO REI DO MUNICÍPIO DE
MONTES CLAROS**

Montes Claros – MG

2016

IGOR DA SILVA PEREIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO FRENTE A BAIXA ADESÃO AO
TRATAMENTO DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA ESF CIDADE CRISTO REI DO MUNICÍPIO DE
MONTES CLAROS**

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. Fernanda Magalhães Duarte Rocha

MONTES CLAROS-MG

2016

IGOR DA SILVA PEREIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO FRENTE A BAIXA ADESÃO
AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA ESF CIDADE CRISTO REI DO
MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

Banca examinadora

Examinadora 1: Fernanda Magalhães Duarte Rocha(orientadora)

Examinador 2: Virgiane Barbosa de Lima

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2016

Resumo

A equipe de Saúde da Família (ESF) Cidade Cristo Rei do município de Montes Claros-MG é responsável por 800 famílias, o que representa uma população de 2800 pessoas. De acordo com o diagnóstico situacional da área de abrangência dessa equipe, identificou-se como problema prioritário para enfrentamento o acompanhamento deficiente dos portadores de hipertensão arterial. A hipertensão arterial é de evolução clínica lenta, e quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Diante disso, o objetivo deste trabalho foi elaborar plano de intervenção para a baixa adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial sistêmica na ESF Cidade Cristo Rei. Para elaboração deste Projeto de Intervenção utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional, por meio do qual, após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência foi elaborado um plano de ação para intervenção sobre o problema identificado como prioritário. Considera-se o plano exeqüível e espera-se que consiga melhorar a adesão dos usuários.

Palavras-chave: saúde da família. hipertensão. adesão.

ABSTRACT

The staff of Family Health (PSF) Cidade Cristo Rei in the municipality of Montes Claros, Minas Gerais is responsible for 800 families, representing a population of 2,800 people. According to the situational diagnosis of this team catchment area, it was identified as a priority issue for coping inadequate monitoring of patients with high blood pressure whose critical nodes are the lack of planning and programming of actions for follow-up of hypertensive, non-use the clinical protocol team and micro areas discoveries. High blood pressure is slow clinical course, and when not handled properly, brings serious complications, temporary or permanent. Therefore, considering the need for proper monitoring of hypertensive residing in the territory under the responsibility of the ESF Cidade Cristo Rei, it is necessary to take action in order to organize the working process of this team. To organize the working process of the ESF Cidade Cristo Rei in the municipality of Montes Claros, Minas Gerais for proper monitoring of hypertensive. To prepare this intervention project used the method of Situational Strategic Planning, through which, after processing the problems identified in the situational diagnosis of the area covered team we designed a plan of action to intervention on the issue identified as a priority.

Keywords: health of the family, hypertension , adhesion .

SUMÁRIO

1 Introdução -----	05
2 Justificativa-----	12
3 Objetivo -----	13
4 Metodologia -----	14
5 Referencial teórico -----	15
6 Plano de ação-----	18
7 Considerações finais -----	22
Referências -----	23

1 INTRODUÇÃO

A cidade de Montes Claros está localizada em relação a capital do estado em pontos geográficos interessantes na região norte do estado, a 422 km da capital de Belo Horizonte, considerado segundo maior entroncamento rodoviário nacional. O prefeito da cidade é Ruy Muniz, o secretário municipal de saúde é Danilo Fernando Macedo, coordenadora da atenção básica Claudia Mendes. Segundo IBGE(2010) o número de habitantes é de 361.915 com estimativa para 2012 de 370.216 pessoas.

A origem de Montes Claros, como muitos outros municípios sertanejos, se deu devido às Entradas e Bandeiras. Presume-se que a primeira expedição a chegar a esse território foi a denominada "Espinosa-Navarro", em 1553. Contudo, a fundação dos primórdios do município deveu-se a outra expedição, a de Matias Cardoso, adjunto de Fernão Dias Paes Leme, conhecido como Governador das Esmeraldas(IBGE 2010).

Formou três grandes fazendas: Jaíba, Olhos d'água e Montes Claros, está situada na cabeceira do rio verde pela margem esquerda, próxima a montes formados por xistos calcários, com pouca vegetação(IBGE 2010).

Pelo alvará de abril de 1707, Antonio Gonçalves figueira obteve a sesmaria de uma légua de largura por três comprimentos, que constituiu a fazenda de montes claros. Formigas foi o segundo povoado da fazenda Montes Claros. Gonçalves Figueira para alcançar mercado para o gado, construiu estradas para tranqueiras na Bahia e para o Rio São Francisco(IBGE 2010).

Cento e vinte e quatro anos após obtenção da Sesmaria, por Antônio Gonçalves Figueira, o arraial já estava suficientemente desenvolvido para tornar-se independente, desmembrando-se de Serro Frio (atual Serro). Pelo esforço dos líderes políticos o Arraial foi elevado à categoria de Vila pela Lei de outubro de 1831, recebendo o nome de "Vila de Montes Claros de Formigas"(IBGE 2010).

Em 1857, a então Vila Montes Claros de Formigas possuía pouco mais de 2 mil habitantes, mas os políticos já pleiteavam a elevação à cidade, pois os melhoramentos existentes eram os mesmos de quase todos os municípios da Província. Assim, pela Lei 802 de 03 julho de 1857, a Vila passou a cidade, chamada apenas Montes Claros, sem "Formigas", que desagradava a todos os formiguenses. A partir dali seriam "montesclarenses"(IBGE 2010).

ASPECTOS GEOGRÁFICOS

Área total do município: 3 568,94 km²

Concentração habitacional: 101,41 hab/km²

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o IDH de Montes Claros é considerado médio. Seu valor absoluto é de 0,783 (PNUD/2000), parecido com o da média nacional. Comparando com outros municípios, é considerado o 101º dos 853 municípios do estado, 415º dos 1666 municípios da região sudeste do país e 969º dos 5507 de todo o Brasil. Segundo dados do IBGE 2010, 344.479 habitantes compunham a zona urbana e 17.492 a zona rural. A taxa de urbanização corresponde a 95,2% (IBGE 2010). O Produto Interno Bruto - PIB - de Montes Claros é o maior de sua microrregião, destacando-se na área de prestação de serviços. O IDH de renda absoluto é de 0,691, sendo que o do Brasil é de 0,723; e o PIB *per capita* é de R\$ 12436,53 (IBGE 2010).

Apesar de se encontrar numa região sertaneja, o setor primário da economia é o menos relevante em Montes Claros. Na lavoura temporária são produzidos principalmente a cana-de-açúcar, a mandioca e o milho. A indústria é o segundo setor mais relevante para a economia do município, mas de forma pouco expressiva em relação ao terceiro setor. A cidade conta com um distrito industrial, composto por diversas empresas, entre elas a Usina de Biodiesel da Petrobras, a Coteminas, a Lafarge, o Novo Nordisk e a Nestlé. O setor terciário constitui a maior fonte geradora do PIB montesclarenses, sobretudo

devido ao comércio. Segundo estatísticas da prefeitura, no ano de 2009 a cidade contava com 617 estabelecimentos e 3185 trabalhadores na área da construção civil; 6777 estabelecimentos e 14997 trabalhadores no comércio; e 5091 estabelecimentos e 24473 trabalhadores no setor de serviços. A cidade conta com diversos núcleos ou centros comerciais, como o Mercado Municipal, inaugurado em 1899; o Ibituruna Shopping Center, criado em 18 de de 2009; o Montes Claros Shopping, fundado em 8 de novembro de 1997; e o Shopping Popular Mário Ribeiro, inaugurado em 2003.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Distribuição da população urbana e rural

Distribuição da População Urbana e Rural

Zona Urbana	344.427 habitantes	95%
Zona Rural	17.488 habitantes	5%
Total	361.915 habitantes	100%

Fonte: Censos Demográficos e Contagem Populacional MS/SE/Datasus, 2010.

FONTE: Relatório de Gestão - Prefeitura de Montes Claros/ Secretaria Municipal de Saúde, Montes Claros, 2011

Distribuição da população segundo o sexo

Distribuição da População Segundo Sexo

Masculino	174.249 habitantes	48,15 %
Feminino	187.666 habitantes	51,85%
Total	361.915 habitantes	100%

Fonte: Censos Demográficos e Contagem Populacional MS/SE/Datasus, 2010.

FONTE: Relatório de Gestão - Prefeitura de Montes Claros/ Secretaria Municipal de Saúde, Montes Claros, 2011

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Densidade demográfica: 101,41

Alfabetização no município

Alfabetizados	311.869 pessoas
Não alfabetizados	50.046 pessoas
Frequenta creche ou escola	117.094 pessoas

FONTE: IBGE 2010

O IDEB médio entre as escolas públicas de Montes Claros era, no ano de 2009, de 4,85; valor acima ao das escolas municipais e estaduais de todo o Brasil, que é de 4,0%. O valor do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da educação era de 0,872 (classificado como elevado), enquanto o do Brasil é 0,849.

SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde de Montes Claros, foi criado em 16 de maio de 1991. Tem composição paritária (50% representação dos Usuários; 25% Trabalhadores da Saúde; 25% Gestores e Prestadores), sendo 24 conselheiros titulares e 24 suplentes, cada um deles indicado por suas respectivas entidades através de ofício encaminhado à mesa diretora. Se reúne toda 1ª quarta-feira do mês, na sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde à Av. Dulce Sarmiento, 2.076 - Monte Carmelo. Conforme regimento interno, a presidência do Conselho é exercida pelo Secretário Municipal de Saúde. Montes Claros é pólo macrorregional pois oferece serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior nível de complexidade e polariza regiões e/ou microrregiões de saúde. Conforme o Plano de Regionalização de Minas Gerais (2006), a Região Assistencial de Montes Claros está organizada territorialmente em 09 microrregiões, abrangendo 87 municípios e uma população de 1.609.862 habitantes. Montes Claros também é pólo microrregional pelo nível de resolubilidade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica, polariza 11 municípios da microrregião a saber: Bocaiúva, Claro dos Poções, Engenheiro Dolabela, Engenheiro Navarro,

Francisco Dumont, Glaucilândia , Guaraciama , Itacambira, Joaquim Felício, Juramento e Olhos d'Água.

Atenção Primária à Saúde

As equipes da Estratégia Saúde da Família são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, equipe de saúde bucal (dentista e técnico de higiene dental ou auxiliar de consultório dentário) e um zelador. Vale reiterar a experiência positiva dos Núcleo de Apoio à Saúde da Família(NASF), que inclui os seguintes profissionais: fisioterapeuta, psicólogo, médicos ginecologista e pediatra, nutricionista, farmacêutico, educador físico em pontos estratégicos de referência sendo que cada núcleo será referência para cada 8 Equipes da Estratégia de Saúde da Família, facilitando o acesso de pacientes que necessitam de uma atenção desse profissional para reabilitação de seu estado de saúde. Existem 147 equipes de ESF montadas e algumas em fase de implantação.

TERRITÓRIO / ÁREA DE ABRANGENCIA

A área de abrangência da ESF-Cidade Cristo Rei é no bairro Cidade Cristo Rei, atendendo um total de 800 famílias / 2800 habitantes.

RECURSOS DA COMUNIDADE

Dentre os equipamentos sociais e pontos de atenção à saúde presentes no bairro pode-se destacar: uma Unidade de Atenção Primária à Saúde da Família (cidade cristo rei), a Pastoral da Criança, o Centro de Referência e Assistência Social (CRAS), a Unidade Administrativa Intersetorial (UAI), o ponto de apoio aos agentes comunitários do Centro de Controle de Zoonoses, o Posto Policial no alto são João, a Escola Estadual Filomeno Ribeiro. Em relação às áreas de lazer existentes no bairro, existem poucas opções, dentre elas a Praça do Alto São João, bem arborizada; a quadra da escola técnica, onde as crianças podem praticar vários tipos de esporte, com futebol e

capoeira; e o espaço em frente à igreja católica, onde são realizadas várias festas, como a festa junina.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Inserção na comunidade (localização e acesso)

O bairro cidade Cristo Rei está localizado na zona sul da área urbana de Montes Claros, a uma distância de 1,5 Km do centro da cidade. O horário de funcionamento é de 07:00h a 11:30h e de 13:30h a 17:00h, conforme definido em reunião com a comunidade.

RECURSOS HUMANOS

A equipe é formada pelos profissionais: Igor da Silva Pereira (Médico) do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) inserido no Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CEESF); Aline Maciel (Enfermeira); Mirian Gonçalves (Técnica de Enfermagem); cinco agentes de saúde: Cinthia Graciele, Luzinete Almeida; Welia Pereira; Cristian Madureira e Magda Oliveira, Aline Françõis (Dentista), Weslei silva (Técnico em Saúde Bucal) e Poliana Silva (Zeladora). O horário de trabalho da equipe respeita os horários de funcionamento da UBS, sendo que algumas atividades são realizadas em outros locais (visitas domiciliares, escolas).

RECURSOS MATERIAIS

Área física e uso: A Unidade de Atenção Primária à Saúde dispõe de espaço próprio, contendo salão de recepção, com área para espera de pacientes contendo cadeiras, bebedouro e televisão; 02 consultórios clínicos, 01 consultórios odontológicos, 02 banheiros para uso da população e da equipe (masculino e feminino), 01 consultórios ginecológicos, sala de esterilização de materiais e expurgo; 01 sala de procedimentos de enfermagem (pesagem, aferição de pressão arterial, inalação, curativos), almoxarifado, depósito de materiais de limpeza (DML), salão de reunião.

Diagnóstico situacional

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25% a 40% da etiologia multifatorial das doenças isquêmicas do coração e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Esta multiplicidade de conseqüências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças crônico-degenerativas e, portanto, a caracteriza como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. A hipertensão arterial e suas complicações são também responsáveis por alta freqüência de internações. No Brasil, as co-morbidades cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas bem estabelecidas e trata-se de uma causa de hospitalização importante no setor público de saúde (WILLIAMS, 2010). Os profissionais da atenção primária da ESF Cidade Cristo Rei serão responsáveis pela elaboração das ações sobre a melhoria da adesão dos hipertensos do nosso território.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica que tem se destacado por causar imponderáveis repercussões ao organismo e a qualidade de vida de seus portadores. Pôr ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento são muitas vezes descuidados pelos seus portadores, elevando assim a morbimortalidade dessa doença. Apesar dos progressos expressivos da indústria farmacêutica na produção de medicamentos cada vez mais eficazes para o tratamento da hipertensão arterial, associado a adoção de um estilo de vida saudável e dos benefícios comprovados na redução da mortalidade e morbidade relacionados a eventos cardiovasculares, ainda há um número elevado de indivíduos hipertensos não tratados ou tratados inadequadamente. Como são muitos hipertensos acompanhados pela nossa unidade torna-se necessário um intervenção eficiente para que os mesmos seja tratados de forma adequada minimizando as possíveis complicações.

A identificação dos fatores que interferem na adesão ao tratamento se inicia no reconhecimento das características dos pacientes como idade, sexo, escolaridade, estado civil, hábitos de vida, culturais e crenças na saúde. Podendo também, ser influenciados pelo conhecimento da doença e ausência de sintomas. O profissional de saúde da atenção primária tem importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, tanto na definição do diagnóstico clínico, quanto na conduta terapêutica e também nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso para estimulá-lo a seguir o tratamento. Desse modo, faz-se necessário observar e intervir, uma vez que a HAS é crônica e implica complicações que quando não tratadas e acompanhada adequadamente, podendo novamente elevar a frequência das taxas de internações e dos óbitos decorrentes das complicações desse agravo (WILLIAMS, 2010).

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para a baixa adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial sistêmica na ESF Cidade Cristo Rei em Montes Claros /MG.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do plano de intervenção sobre a baixa adesão de tratamento dos hipertensos na ESF Cidade Cristo Rei, foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais como SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) por meio dos seguintes descritores: hipertensão, adesão e Saúde da família, bem como foi utilizado o método de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido pelo chileno Carlos Matus. Após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF serão propostas operações para enfrentamento do problema identificado como prioritário (CAMPOS, FARIAS, SANTOS, 2010).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

O Programa Saúde da Família surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, apresentando-se como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tem a família como centro de atenção introduzindo dessa forma nova uma nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, um modelo de ação preventiva. O PSF tem potencialidades como estratégia para mudança do modelo assistencial, conscientizando não somente os profissionais de saúde e universidades para o aprimoramento de conhecimento sobre abordagem às famílias, trabalho em equipe, assistência humanizada, mas, também os gestores e a comunidade da importância da sua participação no planejamento das ações(BRASILIA,1997).

A incidência de hipertensão arterial sistêmica aumenta com o envelhecimento e deve se acompanhar de perto pela atenção primária. Em crianças é diagnosticada através de tabelas apropriadas para idade, altura e sexo. O médico deve ser criterioso ao rotular uma criança como hipertensa, pelas implicações econômicas e psicossociais . A aferição da pressão arterial é um procedimento simples fazer parte de qualquer avaliação clínica, obedecendo as normas técnicas para minimizar os erros. É recomendada que a aferição seja realizada em posição sentada pelo menos 2 min entre cada uma. Nas primeiras avaliações é importante a aferição em ambos os braços considerando o de maior valor e também a aferição em posição ortostática. Lembrar que a tomada da pressão ortostática é de suma importância nos idosos, inclusive quando for se alterar a prescrição de drogas hipotensoras. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmHg). Esta relacionada às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco cardíaco fatal e não fatal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS tem alta incidência e baixas taxas de controle adequado . A mortalidade pela doença aumenta progressivamente com a elevação da PA a

partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são discutidas diariamente pelas equipes de Atenção primária. Elas são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e os pacientes, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Como tratamento, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamental no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, como consumo moderado de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física regular, o abandono do tabagismo e do alcoolismo são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos. Os profissionais da saúde têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, acompanhamentos e controle da hipertensão arterial. Devem ter como foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e familiares, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle da doença. O objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida (BRASIL, 2010). É importante iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no tratamento da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares, como obesidade e dislipidemia. Envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento medicamentoso quando indicado. O álcool é fator de risco reconhecido para hipertensão arterial e pode dificultar o controle da doença instalada. A redução do consumo de álcool reduz de forma significativa a pressão arterial (WILLIAMS, 2010).

Apesar do tabagismo ser um fator de risco para o desenvolvimento de DCV, o papel do tabagismo como fator de risco para elevar os níveis pressóricos não está bem estabelecido (GUPTA; SINGH; GUPTA, 2004). Consumir um cigarro eleva momentaneamente a pressão arterial, podendo, o seu efeito se manter por varias horas (GUPTA; SINGH; GUPTA, 2004). O cigarro aumenta a resistência às drogas anti-hipertensivas, fazendo com que elas funcionem menos que o esperado, dificultando as metas de controle.

A decisão de quando iniciar medicação anti-hipertensiva deve ser individualizada sendo avaliando a preferência da pessoa, o seu grau de motivação para mudança, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular. O tratamento medicamentoso consiste no uso de medicamentos selecionados de acordo com a indicação de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. O tratamento da HAS pode requerer associação de dois ou mais anti-hipertensivo. As pessoas que não estiverem com a PA controlada, mas que estejam aderindo aos tratamentos recomendados deverão realizar consulta médica para reavaliação periodicamente (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

6 PLANO DE AÇÃO

Diagnóstico Situacional da área de abrangência da ESF Cidade Cristo Rei

Por meio da avaliação das principais queixas, consulta aos agentes de saúde sobre as principais patologias que eles encontram nas visitas domiciliares e revendo alguns prontuários chegou-se aos principais problemas da comunidade.

- a) Queixa freqüente de tonturas
- b) Uso de drogas ilícitas
- c) Excesso de peso
- d) Alcoolismo
- e) Gravidez na adolescência
- f) Má aderência dos hipertensos a tratamentos propostos

Priorização dos Problemas:

PROBLEMA	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA (0 a 5 pontos)	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO DA EQUIPE
Uso de drogas ilícitas	Alta	5	Parcialmente
Alcoolismo	Média	3	Parcialmente
Excesso de peso	Média	3	Dentro

Gravidez na adolescência	Média	2	Parcialmente
Tontura	Alta	1	Parcialmente
Má aderência dos hipertensos aos tratamentos propostos	Alta	1	Dentro

Ordem de Prioridade:

- 1) Baixa adesão dos hipertensos aos tratamentos propostos
- 2) Uso de drogas ilícitas
- 3) Alcoolismo
- 4) Gravidez na adolescência
- 5) Tontura
- 6) Excesso de peso

Problema selecionado:

1-Baixa adesão dos hipertensos aos tratamentos propostos

Descrição do Problema Selecionado

A incidência da HAS aumenta a medida que a população envelhece, e segue o rastro da explosão mundial de obesidade. Hipertensão é um fator de risco independente, já há muito reconhecido, para doenças cardiovasculares. A prevalência de HAS na população adulta é descrita entre 15 e 20%, porem, analisando populações urbanas, inquéritos brasileiros têm mostrado uma

variação de 22 a 44%. A hipertensão pode explicar 40% das mortes por AVC e 25% das mortes por coronariopatia. A HAS é uma patologia muito freqüente na ESF Cidade Cristo Rei, sendo umas das principais queixas dos usuários. Os dados referentes ao número de hipertensos ainda não está totalmente consolidada, mas o mesmo já está em andamento. O objetivo é a estratificação de todos os hipertensos cadastrados no território quanto à HAS e em seguida, a análise e apresentação do resultado da estratificação para a equipe.

Causas de não adesão: não entendimento das orientações ou prescrição; receitas com letras ilegíveis; falta de escolaridade do paciente; dificuldade de seguimento das orientações; ausência de cuidador.

Consequências da não adesão

Dificuldade de controle dos níveis pressóricos → risco cardiovascular aumentado → aumento das complicações da hipertensão (AVC, IAM) → aumento de internações, invalidez e óbitos e aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

Seleção dos nós críticos

- 1) Hábitos e estilo de vida da população (sedentarismo, alimentação rica em lipídios).
- 2) Nível de informação como, por exemplo, só medicamentos resolve.
- 3) Problemas psicológicos e comorbidades (ansiedade/depressão).

Desenho de operações para os nós críticos para reduzir a baixa adesão ao tratamento dos hipertensos

Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Organizar e implantar agenda da equipe de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde.	Melhorar o acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial.	Identificação e estratificação de risco de 100% das pessoas com hipertensão	Organizacionais: Organização a agenda Póliticos:

		arterial; Agenda organizada e implantada;	Convencer os pacientes que precisam da receita a passar pela consulta
Implantar grupos de hipertensos com maior aderência de pacientes	Padronização do manejo clínico adequado; processo de trabalho organizado.	Informar o usuário através de palestras e Panfletos; Conscientizar o usuário do tempo de uso dos medicamentos; Mostrar a necessidade de reorganizar/adequar a receita médica Linha guia de atenção à saúde do adulto ; profissionais da equipe capacitados para tal finalidade	Econômicos: Produção das palestras, lembretes e panfletos Organizacionais: Convite para comparecer periodicamente na unidade Políticos: Convencer os pacientes que precisam do medicamento a frequentar o grupo
Organizar palestras com profissionais de outras áreas como nutricionista.	Melhorar o nível de conhecimento sobre a doença	Identificação da deficiência de conhecimento da população Acordo com as gerencias de	Cognitivo → elaboração de projeto da linha de cuidados; Político → articulação entre os

		saúde para promover a comunicação e propiciar a equipe a troca de experiências entre profissionais para melhorar o acompanhamento deste usuário	setores multidisciplinares e secretaria de saúde para a comunicação entre profissionais; Organizacional → adequação de fluxos e da presença do usuário na unidade ou por outra via de comunicação conforme a agenda.
--	--	---	--

Identificação dos recursos críticos

Operação/Projeto	Recursos críticos
Organizar e implantar agenda da equipe de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde.	Organizacionais: Organização a agenda Póliticos: Convencer os pacientes que precisam da receita a passar pela consulta
Organizar palestras com profissionais de outras áreas como nutricionista Aumentar os conhecimentos da população sobre o tema	Econômicos: Produção das palestras, lembretes e panfletos Organizacionais: Convite para comparecer periodicamente na unidade

	Políticos: Convencer os pacientes que precisam do medicamento
Implantar grupos de hipertensos com maior aderência de pacientes	Cognitivo → elaboração de projeto da linha de cuidados para melhorar a adesão Político → articulação entre os setores multidisciplinares e secretaria de saúde para a comunicação entre profissionais e os pacientes Organizacional → adequação de fluxos e da presença do usuário na unidade ou por outra via de comunicação conforme a agenda.

Análise de viabilidade do plano

Análise e viabilidade do plano para reduzir a baixa adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos				
Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Organizar e implantar agenda da equipe de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde	Organizacionais: Organização a agenda Políticos: Convencer os pacientes que precisam da receita a passar pela consulta	Equipe de saúde (Secretária da UBS)	Favorável	Apresentar o projeto para a equipe
Organizar palestras com profissionais de outras	Econômicos: Produção das palestras, lembretes e	Médico e enfermeiro	Favorável.	Apresentar o projeto para a equipe

<p>áreas como nutricionista.</p>	<p>panfletos</p> <p>Organizacionais: Convite para comparecer periodicamente na unidade</p> <p>Políticos: Convencer os pacientes que precisam do medicamento a frequentar o “Programa Saber usar”</p>			
<p>Implantar grupos de hipertensos com maior aderência de pacientes</p>	<p>Cognitivo → elaboração de projeto da linha de cuidados; Político → articulação entre os setores multidisciplinares e secretaria de saúde para a comunicação entre profissionais e pacientes; Organizacional → adequação de fluxos e da presença do usuário na unidade ou por outra via de comunicação conforme a</p>	<p>Enfermeiro e ACS</p>	<p>Favorável.</p>	<p>Apresentar o projeto para a equipe</p>

	agenda.			
--	---------	--	--	--

PLANO DE AÇÃO

1-Organizar e implantar agenda da equipe de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Resultado esperado: para melhorar o acompanhamento dos hipertensos. Produto: identificação e estratificação de risco de 100% das pessoas com HAS, agenda organizada e implantada.

2-Implantar grupos de hipertensos com maior aderência de pacientes. Resultado esperado: para manejar um controle clínico adequado; processo de trabalho organizado. Produto: linha guia de atenção a saúde do adulto, profissionais da equipe capacitados para tal finalidade.

3-Organizar palestras com profissionais de outras áreas como nutricionista. Resultado esperado: para melhorar o nível de conhecimento dos nossos hipertensos sobre a doença. Produto: identificação da deficiência de conhecimento da população.

MONITORAMENTO

O monitoramento e avaliação do plano de ação ocorrerá por meio do acompanhamento das ações propostas, bem como, por meio da avaliação do indicador percentual de hipertensos com tratamento adequado e bem controlado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo diante do arsenal de medicamentos para doenças crônicas, como hipertensão arterial ainda nos deparamos com um problema crônico: a dificuldade de adesão a terapêutica seja ela medicamentosa ou não. Em relação a HAS, ainda é mais difícil porque é condição relacionada a faixa etária mais idosa. Neste grupo de pacientes, vários fatores agem para levar a pior adesão, desde limitações do paciente, necessidade de cuidadores e prescrições com muitos itens.

Abordar o tema de adesão se torna de fundamental importância para os nossos pacientes já que alguns abandonam o tratamento por motivos facilmente reversíveis. Portanto, a boa prática clínica pede que se trate o paciente e não a doença.

O presente trabalho objetivou promover ações de educação em saúde aos pacientes hipertensos na nossa área de abrangência. Espera-se que o plano apresentado melhore a adesão dos nossos pacientes evitando malefícios das complicações, fazendo que o próprio paciente se torne elemento ativo no processo de tratar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o sistema único de saúde**. Brasília:MS,2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 118p.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013.140 p.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 68p.

GUPTA, R.; SINGH, V.; GUPTA, V. P. Smoking and Hypertension: the Indian scenario. South Asian Journal of Preventive cardiology, Jaipur, India, 2004

Secretaria de Estado da Saúde (MG). **Programa de Saúde da Família**. Belo Horizonte (MG): SES; 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. II consenso Brasileiro sobre dislipidemias. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, São Paulo, n. 67, p

WILLIAMS, B. et al. Guidelines for manegement of hypertension: repor of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004-BHS IV. Journal of Human Hypertension, London, v. 18, n. 3, p. 139-185, mar. 2004.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. São Paulo, v.17, n.1, jan/mar, 2010.