



ALESSANDRO JUNQUEIRA

**MELHORA DO ACOLHIMENTO NO HIPERDIA DO PSF DA  
RODAGEM**

Camamu / BA

2014

ALESSANDRO JUNQUEIRA

**MELHORA DO ACOLHIMENTO NO HIPERDIA DO PSF DA  
RODAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul como  
requisito para obtenção do título de Especialista em  
Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador(a): Prof.<sup>(a)</sup> Erika Kaneta Ferri

Camamu / BA

2014

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à população de Camamu, principalmente à comunidade da Rodagem com a qual muito aprendi e recebi sentimentos de muito carinho.



Camamu - BA

## AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento vai para toda a equipe de saúde do PSF da Rodagem que muito contribuiu com esse trabalho.



ESF da Rodagem

## EPÍGRAFE

“Dificuldades e obstáculos são fontes valiosas de saúde e força para qualquer sociedade”

*Albert Einstein*

## RESUMO

O objetivo do seguinte trabalho é a melhora do acolhimento no Hiperdia do PSF da Rodagem. A principal estratégia utilizada foi organizar o programa Hiperdia na unidade. Foi realizado o recadastramento de todos os hipertensos e diabéticos com revisão de tratamento e exames complementares para cada um. Foram implantados a sala de espera, as reuniões educativas e aferição da pressão arterial de todos os usuários. Observamos com essas pequenas medidas uma grande melhora na adesão ao tratamento.

Palavras-chave: acolhimento, hiperdia, adesão.

## **ABSTRACT**

The aim of this work is the improvement of the host in the Hiperdia of the PSF da Rodagem. The main strategy used was to organize the program in the unit. The registration of all hypertensives and diabetics with review of the treatment and exams for each was performed. The waiting room, educational meetings and blood pressure measurement of all users were implanted. Observed with these small measures greatly improved treatment adherence.

Keywords: host, hiperdia, adherence.

## SUMÁRIO

<b>1. ANÁLISE SITUACIONAL.....</b>	<b>08</b>
1.1 Caracterização da população.....	08
1.2 Caracterização das condições de vida.....	09
1.3 Caracterização da Unidade de Saúde.....	14
<b>2. ÁRVORE DE PROBLEMAS.....</b>	<b>15</b>
2.1 Formulação e priorização de problemas.....	15
2.2 Árvore de objetivos.....	17
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>17</b>
<b>4. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....</b>	<b>18</b>
4.1 Introdução.....	18
4.2 Objetivos gerais e específicos.....	19
<b>5. ANÁLISE ESTRATÉGICA.....</b>	<b>20</b>
<b>6. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>22</b>
6.1 Gráficos.....	24
6.2 Fotos.....	24
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>26</b>
<b>8. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>26</b>

## **1. ANÁLISE SITUACIONAL**

### **1.1 Caracterização da população**

Camamu tem origem em numa aldeia de tupiniquins que em 1561 foi transformada em freguesia após o estabelecimento de uma missão de jesuítas. Em 22 de maio de 1693 a aldeia foi elevada, após ferrenha colonização, a vila. E finalmente, em 27 de junho de 1891, tornou-se cidade. Um lugar nascido pela colonização, catequização, exploração e escravidão dos tupiniquins, grupo indígena brasileiro pertencente à nação tupi, que habitava, até o século XVI, o sul do atual estado da Bahia e o litoral do atual estado de São Paulo, entre Santos e Bertioga. Foram o grupo indígena com o qual se deparou a esquadra portuguesa de Pedro Álvares Cabral, em 23 de abril de 1500. Atualmente, os 1386 restantes habitam o município de Aracruz, no norte do estado do Espírito Santo. Posteriormente, no século XVII, a exploração na região continuava com a vinda dos escravos negros para trabalharem nas fazendas dos barões do cacau e do café. Coronelismo enraizado que me parece perdurar até os dias atuais.

O município localiza-se na Costa do Dendê, litoral sul do estado da Bahia. Sua população estimada em 2013 era de 37.207 mil habitantes, com uma área de 920,366 km<sup>2</sup> (40,43 hab./km<sup>2</sup>), de clima tropical-úmido, bastante úmido. Pertencente à mesorregião do Sul Baiano e microrregião de Valença, tendo como municípios limítrofes Maraú, Igrapiúna, Ibirapitanga, Ubaitaba e Piraí do Norte.

No PSF da Rodagem, segundo bairro mais populoso da cidade, incluindo áreas descobertas como o Assentamento Pinheira, com centenas famílias, temos

3921 pessoas cobertas, com um total de 951 famílias cadastradas, com 1882 homens e 2039 mulheres, sendo a prevalência na faixa etária 20 – 39 anos.

Observe o quadro abaixo:

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0 a 11m 29 d	01	00	1
1 a 4 anos	41	41	82
5 a 6 anos	46	41	87
7 a 9 anos	115	100	215
10 a 14 anos	214	180	394
15 a 19 anos	218	262	480
20 a 39 anos	683	722	1405
40 a 49 anos	190	250	440
50 a 59 anos	153	181	334
60 anos ou +	221	262	483
Total	1882	2039	3921

## 1.2 Caracterização das condições de vida:

### Proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza e indigência - 2010

Acima da linha da pobreza: 53%

Entre a linha de indigência e a linha da pobreza: 24,7%

Abaixo da linha da pobreza: 22,3%

Neste município, de 2000 a 2010, a proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 140,00 reduziu em 31,2%; para alcançar a meta de redução de 50%, deve ter, em 2015, no máximo 34,2%. Para estimar a proporção de pessoas que estão abaixo da linha da pobreza foi somada a renda de todas as pessoas do domicílio, e o total dividido pelo número de moradores, sendo considerado abaixo da linha da pobreza os que possuem renda *per capita* até R\$ 140,00. No caso da indigência, este valor será inferior a R\$ 70,00.

Fonte: IBGE - Censo Demográfico - 2010

Elaboração: IPEA/DISOC/NINSOC - Núcleo de Informações Sociais

### **Percentual da renda apropriada pelos 20% mais pobres e 20% mais ricos da população – 2010**

A participação dos 20% mais pobres da população na renda passou de 4,4%, em 1991, para 2,7%, em 2000, aumentando ainda mais os níveis de desigualdade. Em 2000, a participação dos 20% mais ricos era de 57,3%, ou 21 vezes superior à dos 20% mais pobres.

Fonte: IBGE - Censo Demográfico – 2010

### **Proporção de crianças menores de 2 anos desnutridas - 1999-2012**

Em 2012, o número de crianças pesadas pelo Programa Saúde Familiar era de 1.739; destas, 2,3% estavam desnutridas.

Fonte: SIAB - DATASUS

### **Taxa de frequência e conclusão no ensino fundamental - 1991-2010**

No município, em 2010, 16,2% das crianças de 7 a 14 anos não estavam cursando o ensino fundamental. A taxa de conclusão, entre jovens de 15 a 17 anos, era de 33,5%. Caso queiramos que em futuro próximo não haja mais analfabetos, é preciso garantir que todos os jovens cursem o ensino fundamental. O percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos, em 2010, era de 92,7%.

Fonte: IBGE - Censo Demográfico - 2010

### **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) - 2009/2011**

O IDEB é um índice que combina o rendimento escolar às notas do exame Prova Brasil, aplicado a crianças da 4ª e 8ª séries, podendo variar de 0 a 10. Este município está na 5.075ª posição, entre os 5.565 do Brasil, quando avaliados os alunos da 4ª série, e na 4.975ª, no caso dos alunos da 8ª série. O IDEB nacional, em 2011, foi de 4,7 para os anos iniciais do ensino fundamental em escolas públicas e de 3,9 para os anos finais. Nas escolas particulares, as notas médias foram, respectivamente, 6,5 e 6,0.

Fonte: Ministério da Educação – IDEB

### **Razão meninas/meninos no ensino fundamental e médio - 2006**

A razão entre meninas e meninos no ensino fundamental, em 2006, indicava que, para cada 100 meninas, havia 125 meninos. No ensino médio, esta razão passa as 117 para cada 100 meninos. A razão entre mulheres e homens alfabetizados na faixa etária de 15 a 24 anos era de 106,0% em 2010. Sempre que o percentual deste indicador for superior a 100%, significa que existe maior número de mulheres para cada 100 homens.

Fonte: Ministério da Educação - INEP

### **Taxa de mortalidade de menores de 5 anos de idade a cada mil nascidos vivos - 1995-2011**

O número de óbitos de crianças menores de um ano no município, de 1995 a 2011, foi 242. A taxa de mortalidade de menores de um ano para o município, estimada a partir dos dados do Censo 2010, é de 29,2 a cada 1.000 crianças menores de um ano. Das crianças de até 1 ano de idade, em 2010, 10,5% não tinham registro de nascimento em cartório. Este percentual cai para 1,5% entre as crianças até 10 anos.

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

### **Percentual de crianças menores de 1 ano com vacinação em dia - 2000-2012**

Uma das ações importantes para a redução da mortalidade infantil é a prevenção através de imunização contra doenças infecto-contagiosas. Em 2012, 32,7% das crianças menores de 1 ano estavam com a carteira de vacinação em dia.

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

### **Número de óbitos maternos e nascidos vivos - 1997-2011**

O número de óbitos no município, de 1997 a 2011, foi 5. A taxa de mortalidade materna máxima recomendada pela Organização Panamericana de Saúde - OPAS é de 20 casos a cada 100 mil nascidos vivos. No Brasil, em 2010, esse número foi de 60,1; mas devido a subnotificações estaria próximo de 68,2 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, segundo a estimativa da Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa. Óbito materno é aquele decorrente de complicações na gestação, geradas pelo aborto, parto ou puerpério (até 42 dias após o parto). É importante que cada município tenha seu Comitê de Mortalidade Materna, inclusive ajudando no preenchimento da declaração de óbito, para evitar as subnotificações e melhorar o entendimento das principais causas das mortes.

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

### **Percentual de crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natais - 2011**

O Ministério da Saúde recomenda, no mínimo, seis consultas pré-natais durante a gravidez. Quanto maior o número de consultas pré-natais, maior a garantia de uma gestação e parto seguros, prevenindo, assim, a saúde da mãe e do bebê. A proporção de gestantes sem acompanhamento pré-natal, em 2011, neste município, foi de 3,5%. As gestantes com 7 ou mais consultas foram 29,6%. Em 2011, no Município, 99,2% dos nascidos vivos tiveram seus partos assistidos por profissionais qualificados de saúde.

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

### **Percentual de crianças nascidas de mães adolescentes - 2009**

O percentual (35,4%) de mães com idades inferiores a 20 anos é preocupante. Na maioria dos casos, as meninas passam a enfrentar problemas e a assumir responsabilidades para as quais não estão preparadas, com graves consequências para elas mesmas e para a sociedade.

### **Número de casos de AIDS registrado por ano de diagnóstico, segundo gênero - 1990-2011**

O Município teve entre 1998 a 2012, 8 casos de AIDS diagnosticados.

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

### **Número de casos de doenças transmissíveis por mosquitos - 2001-2011**

Algumas doenças são transmitidas por insetos, chamados vetores, como espécies que transmitem malária, febre amarela, leishmaniose, dengue, dentre outras doenças. No município, entre 2001 e 2011, houve 1.766 casos de doenças transmitidas por mosquitos, dentre os quais nenhum caso confirmado de malária, nenhum caso confirmado de febre amarela, 1.402 casos confirmados de leishmaniose, 364 notificações de dengue. O Brasil inclui-se entre os países com alto número de casos de hanseníase no mundo. A hanseníase, é uma doença infecciosa, causada por uma bactéria, que afeta a pele e nervos periféricos. Este estado não possui dados sobre prevalência de hanseníase.

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

### **Percentual de moradores com acesso a água ligada à rede e esgoto sanitário adequado - 1991-2010**

Neste Município, em 2010, 57,0% dos moradores tinham acesso à rede de água geral com canalização em pelo menos um cômodo e 31,2% possuíam formas de esgotamento sanitário consideradas adequadas.

Fonte: IBGE - Censo Demográfico - 1991 e 2010

### **Proporção de moradores segundo a condição de ocupação - 1991/2010**

Como instrumento de planejamento territorial este município dispõe de Plano Diretor. O município declarou, em 2008, não existirem loteamentos irregulares mas existirem favelas, mocambos, palafitas ou assemelhados. Neste município, não existe processo de regularização fundiária. Não existe legislação municipal específica que dispõe sobre regularização fundiária e sem plano ou programa específico de regularização fundiária. Neste Município, em 2010, não haviam moradores urbanos vivendo em aglomerados subnormais (favelas e similares). Em 2010, 94,2% dos moradores urbanos contavam com o serviço de coleta de resíduos e 82,2% tinham energia elétrica distribuída pela companhia responsável (uso exclusivo). Para ser considerado proprietário, o residente deve possuir documentação de acordo com as normas legais que garantem esse direito, seja ela de propriedade ou de aluguel. A proporção de moradores, em 2010, com acesso ao direito de propriedade (própria ou alugada) atinge 84,4%.

Fonte: IBGE - Censo Demográfico – 2010

### **1.3 Caracterização da Unidade de Saúde**

A USF da Rodagem utiliza-se da arquitetura de uma casa alugada pela prefeitura. Há uma família residindo no segundo pavimento enquanto o posto funciona no térreo. A entrada da unidade é pela garagem da casa na qual funciona como sala de espera e recepção. O próximo cômodo, que é a sala, funciona a farmácia. Os dois quartos existentes na casa são usados como consultório médico e sala de enfermagem/vacinação. Não temos sala de vacinação própria por falta de espaço. Existem dois banheiros, sendo um no consultório médico. Ambos os sexos utilizam o mesmo banheiro juntamente com os funcionários. No fundo onde é a cozinha da casa funciona a sala de curativos, de medicação e refeitório do posto em um mesmo espaço e sem divisórias.

A equipe é formada por 6 ACS, 1 serviços gerais, 3 técnicas, 1 enfermeira e 1 médico. Não possuímos assistência odontológica.

Segue abaixo algumas fotos para melhor visualização:



**PSF da Rodagem**

## **2. ÁRVORE DE PROBLEMAS**

### **2.1 Formulação e Priorização de Problemas**

Toda ação de saúde deve ser voltada para atender as necessidades da população. Portanto, esta deve ser parte fundamental no processo de priorização dos problemas, pois ninguém sabe mais de suas necessidades do que a própria população.

A partir daí foi formulada a tabela de problemas baseada nos principais diagnósticos da comunidade. Foram realizadas 1724 consultas durante o período de Outubro de 2013 a Fevereiro de 2014. Abaixo estão os principais diagnósticos na ordem de maior frequência.

- 1 – HAS (11,2%)
- 2 – IVAS (8,23%)
- 3 – DM (7,62%)
- 4 – Neuropsiquiátricas (5,97%)
- 5 – Doenças infecto-parasitárias (5,5%)
- 6 – Dores Osteomusculares (5,33%)
- 7 – Vaginoses bacterianas (3,48%)
- 8 – ITU (3,07%)
- 9 – Gstrite (1,74%)
- 10 – Asma (1,56%)

Foram identificados 10 principais diagnósticos, separados em grupos de doença. Dentre esses, o mais frequente e, portanto, prioritário, foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Outro grande problema, situado em terceiro lugar em incidência, foi o diabetes melitus. Identificados os problemas de maior magnitude para a equipe, buscamos descobrir quais eram as causas e consequências dos mesmos. Sendo assim, após o processo de priorização dos problemas de saúde, passa-se à sua explicação através da árvore de problemas.

### Situação 1

Consequências: Complicações como AVCs, cardiopatias, pé diabético, amputações
Problema: Grande número de hipertensos e diabéticos
Causas: Hábitos de vida, dieta e sedentarismo

## Situação 2

Consequências: Maior número de complicações.
Problema: Adesão ao tratamento
Causas: Psicosocioeducacional.

## 2.2 Árvore de Objetivos

A partir do conhecimento do problema com suas causas e consequências, pôde ser possível estabelecer os objetivos para diminuir as causas e minimizar as consequências.

Objetivo Geral	Melhorar o acolhimento do Hiperdia para conseguir uma maior adesão ao tratamento
Objetivos Específicos	Aferir a PA de todos os usuários da unidade, realizar HGT uma vez por semana, revisar as prescrições dos hipertensos e diabéticos, realizar exames complementares periódicos, reuniões educativas e salas de espera para fornecer informações à população acerca do problema e acompanhamento com especialidades (Cardiologia, Nutrição, Fisioterapia).

## 3. METODOLOGIA Á SER UTILIZADA

Realizar levantamento de todos os hipertensos e diabéticos e dos respectivos tratamentos utilizados. Melhorar o acolhimento do HIPERDIA com realização de reuniões educativas e salas de espera. Incentivar a aferição da PA de todo usuário da unidade e dosagem de HGT todas as terças-feiras. São medidas pequenas e já bastante conhecidas mas que fazem grande diferença em uma população desinformada e sem assistência médica adequada.

## 4. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

### 4.1 Introdução

Durante os três primeiros meses de trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) da Rodagem realizamos 1724 consultas médicas sendo 11,2% deste total são hipertensos. *Ferreira SRG et al* (1) cita que cerca de um quinto da população refere ser hipertensa. Além do grande número de hipertensos na comunidade, observamos também um grande problema subsequente que é a baixíssima adesão ao tratamento. Segundo *Gusmão JL et al* (2), adesão é aspecto primordial para o controle adequado da pressão e conseqüente redução da morbimortalidade.

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico – AVE e 47% por doença isquêmica do coração – DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de hipertensão arterial sistêmica – HAS acima de 30%. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante a outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (3).

Segundo dados do *DATASUS/ SIAB* 6,5% da população é hipertensa no município de Camamu – BA, resultando em 1851 casos até 2013 (4). Temos que levar em consideração o fato da coleta de dados ser bastante falha no nosso país. O município de Camamu contém inúmeras áreas descobertas com população superior às cadastradas.

Temos visto que a HAS acomete aproximadamente 25% da população mundial, com previsão de aumento de 60% dos casos da doença em 2025. Estima-se que 62% da doença cerebro-vascular e 49% da coronariopatia isquêmica pode ser atribuídas à pressão arterial sub-ótima, com pequena variação entre os sexos. Além do impacto na morbimortalidade das populações, a HAS

associa-se a altos custos socioeconômicos (1). Dados estes que se agravam em municípios como o de Camamu na Bahia, sem infra-estrutura na saúde associados a baixos índices educacionais e com uma população predominantemente negra, obesa e idosa.

Portanto, em se tratando de uma doença tão prevalente e de grande consêquencia socioeconômica se torna primordial na nossa estratégia de prevenção e controle dessa comorbidade dentro de nossa unidade, servindo também de modelo para trabalhos futuros. Por isso, os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento (5).

Sendo assim, o objetivo geral do projeto é melhorar o acolhimento do programa Hiperdia no intuito de aumentar a adesão ao tratamento e conseqüentemente melhorar o controle da PA e prevenir complicações. Esperamos então atingir o objetivo geral por meio de objetivos específicos, que são: aferição da PA dos usuários da unidade, revisar as prescrições, realizar exames periódicos, fornecer informação sobre o problema através de reuniões educativas e salas de espera.

#### **4.2 Objetivos gerais e específicos**

Temos como objetivo geral desse projeto uma melhora e um aumento na adesão ao tratamento da HAS e do DM em função da melhora no acolhimento do Hiperdia no PSF da Rodagem, diminuindo conseqüentemente os casos de complicações dessas doenças.

Como objetivos específicos programamos aferir a PA de todos os usuários da unidade, realizar dosagens de HGT todas as terças-feiras, realizar o recadastramento dessa população, revisar o tratamento de todos os pacientes do hiperdia, solicitar exames complementares periódicos, realizar sala de espera e reuniões educativas e acompanhamentos com especialistas, como Cardiologistas, nutricionistas e fisioterapeutas.

## 5. ANÁLISE ESTRATÉGICA

Até o presente momento identificamos nesse projeto como sendo o principal problema a falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, causa de maior incidência nos atendimentos ambulatoriais no PSF da Rodagem. Como objetivo geral iremos melhorar o acolhimento do Hiperdia no intuito de aumentar essa adesão.

Estudos vêm demonstrando a importância da educação em saúde na atenção básica e sua relação com a adesão dos pacientes ao tratamento, principalmente em casos de doenças crônicas como a hipertensão e o diabetes que estão diretamente relacionados aos hábitos de vida. Os dados alcançados reforçam a educação em saúde do trabalhador hipertenso como estratégia de mudança de hábitos e valores pela aquisição de novos conhecimentos e adoção de atitudes favoráveis à saúde, através de uma educação crítica e transformadora, em que o sujeito assume participação ativa no processo de aprendizagem. Sendo assim, Os aspectos psicossociais e as crenças de saúde parecem também interferir diretamente no conhecimento que o paciente tem sobre a doença hipertensiva e nas práticas de saúde adotadas. Considera-se importante propor novas formas de orientação aos pacientes com hipertensão arterial.

Adesão ao tratamento é o fator mais importante para o controle efetivo da pressão arterial. É difícil detectar-se a falta de adesão e ainda mais difícil quantificá-la. Ela pode variar de zero a mais de 100% em pacientes que usam mais do que as medicações prescritas. Cerca de 40% a 60% dos pacientes em tratamento não fazem uso da medicação anti-hipertensiva. A porcentagem é maior quando a falta de adesão relaciona-se a estilo de vida, como dieta, atividade física, tabagismo, etilismo etc. Existe escassez de dados de índices de adesão no Brasil e no mundo, sendo que foram obtidos em diferentes tipos de população e com critérios variados. Estudos no Japão, Noruega, Estados Unidos, China, Alemanha, Gâmbia, Seychelles, Grécia e Eslováquia apresentaram respectivos índices de adesão à medicação de 65%, 58%, 51%, 43%, 32,3%, 27%, 26%, 15% e 7%, mas a meta seria de ao menos 80%. A não-adesão ao tratamento da hipertensão é o principal fator para a falta de controle da pressão arterial em mais de dois terços dos indivíduos hipertensos. A prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso

foi de 53,1%. Apresentaram PA  $\geq$  140x90mmHg 69,3%. O descontrole pressórico mostrou-se associado a não adesão, sedentarismo e classes C/D/E. Portanto, apesar do acesso a consultas e medicamentos e da satisfação dos usuários, os valores elevados de não adesão e dos níveis pressóricos colocam como desafio a melhoria da qualidade da assistência.

Tendo em vista os dados apresentados, concluímos que a educação em saúde é fator primordial para a promoção da adesão ao tratamento proposto, mesmo ele sendo o não farmacológico. Com isso, adotaremos como estratégia melhorar o acolhimento do programa Hiperdia, baseando-se no plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus proposto pelo Ministério da Saúde em 2001, e com o intuito de realizar o levantamento de todos os hipertensos e das respectivas medicações utilizadas, realização de reuniões educativas e salas de espera, além de incentivar a aferição de todo usuário da unidade. O plano de reorganização consiste em quatro etapas: 1) capacitação de profissionais; 2) campanha de informação e promoção; 3) diagnóstico e tratamento; 4) cadastramento dos pacientes. Além disso, criaremos Grupos de Adesão ao Tratamento – que tem evidenciado um campo potencial de terapêutica, de ensino e de aprendizagem para pacientes e profissionais de saúde. Trata-se de cenário de interação de diferentes pessoas, conceitos, valores e culturas no qual cada ator se diferencia e se reconhece no outro em dinâmicas que possibilitam falar, escutar, sentir, indagar, refletir e aprender a pensar. Caracteriza-se por ser um grupo informativo, reflexivo e de suporte, homogêneo quanto à enfermidade dos pacientes, coordenado por dois ou mais profissionais de saúde de diferentes categorias que, pelo método dialógico, têm por objetivo facilitar a adesão dos pacientes ao tratamento. O estudo apresenta uma análise do trabalho com grupos de pacientes com doenças crônicas e ressalta a utilização da prática grupal como cenário de terapêutica e de ensino e aprendizagem para pacientes e profissionais de saúde. Enfatiza o aspecto pedagógico desta prática por propiciar a aprendizagem pelo contato com situações-problema que permitem agregar ao conhecimento específico - a questão saúde - dimensões políticas, éticas, econômicas, afetivas e sócio-culturais. Aponta-se a possibilidade da utilização desta prática para desenvolver competências comunicativas e de trabalho em equipe no campo da educação em saúde.

A população alvo para a implementação do projeto são os moradores da comunidade da Rodagem, bairro no município de Camamu – BA. População em situação de extrema pobreza, de grande maioria feminina, negra, obesa e idosa. São 3921 pessoas cadastradas, com três regiões descobertas. Destes, 194 hipertensos e 51 diabéticos estão cadastrados pelo SIAB.

Portanto, a unidade básica de saúde tem grande importância na adesão dos pacientes pois consiste na ligação entre a informação em saúde, paciente e adesão ao tratamento. Estudos mostram que 89,23% relataram que houve melhora na qualidade de vida após o acompanhamento e 92,31% referem que o Programa Hiperdia contribui para a adesão aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. Diante do exposto, é evidente a importância deste, no acompanhamento em Unidades Ambulatoriais, oferecendo assim a população, uma melhoria na qualidade de vida.

## **6. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

Todas as medidas realizadas para a implantação desse projeto de intervenção foram acordadas em reuniões da Equipe de Saúde da Família da Unidade da Rodagem, Camamu – BA. Grande parte destas medidas, como HGT semanais, aferições da PA na triagem para todos os usuários, coleta de exames complementares e fisioterapia do hiperdia já eram disponíveis mas não faziam parte da rotina. Portanto, decidimos realizar o Hiperdia todas as terças-feiras por ser o mesmo dia da fisioterapia do Hiperdia no município. Programa criado pelos fisioterapeutas do município no intuito de assistir os pacientes do Hiperdia a fazerem uma atividade física regular. Esse programa é realizado todas as terças-feiras às 18:30. Implantamos também nas terças a dosagem de HGT e a sala de espera semanais e reuniões educativas e de equipe mensais. A aferição da pressão arterial passou a ser obrigatória na triagem e para todos os usuários da unidade, independentemente do dia da semana. As coletas de exames laboratoriais passaram a ser realizadas todas as sextas-feiras pela manhã.

Os dados obtidos para a avaliação do projeto são de fontes próprias por meio do livro de registros de atendimentos médicos do PSF da Rodagem. Foram

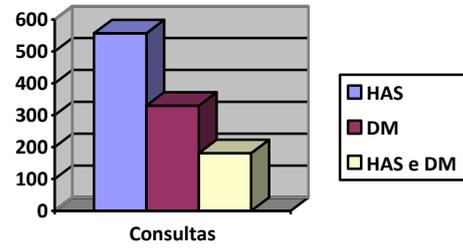
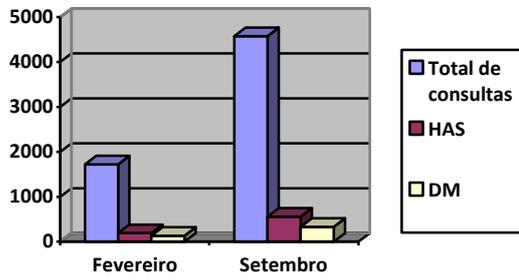
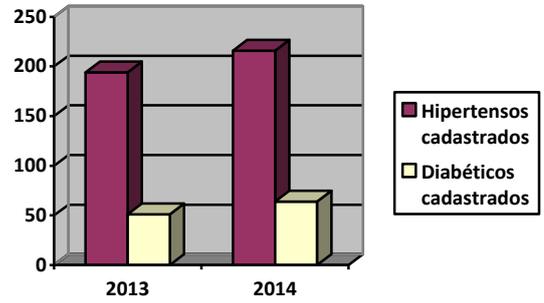
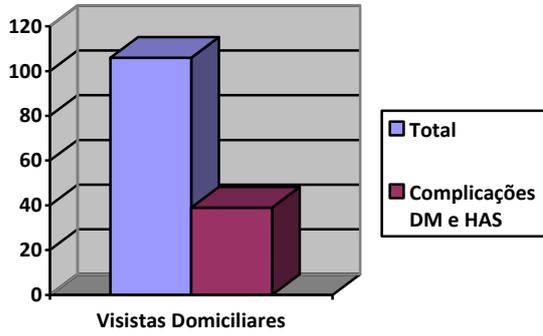
realizadas 4576 entre o período de Outubro de 2013 à Setembro de 2014. Destas, 106 foram visitas domiciliares, 557 consultas a hipertensos e 330 consultas a diabéticos. Ocorreu um aumento no número de cadastrados para 216 hipertensos e 64 diabéticos, que antes era de 194 e 51, respectivamente.

De todas as medidas do PI, talvez por ser a mais simples, a aferição da PA de todos os usuários foi a melhor implantada. A dosagem de HGT e as salas de espera semanais foram parcialmente atingidas. Corriqueiramente as fitas do glicosímetro se esgotavam, impedindo a dosagem regular. Além disso, a televisão que conseguimos para mostrar vídeos educativos foi danificada. As reuniões educativas também foram parcialmente atingidas. A falta de um local adequado, além da falta de um projetor impossibilitaram diversas reuniões. Em relação aos exames, tivemos um bom retorno pelo fato do baixo custo e da disponibilidade maior na secretaria de saúde. Conseguimos assistir vários casos de dislipidemia em pacientes do Hiperdia.

No entanto, conseguimos revisar o tratamento de todos os pacientes do programa. Os cartões dos pacientes foram regularmente atualizados com aferição da PA e dosagem de HGT, permitindo um melhor acompanhamento. Os exames complementares tiveram bom retorno, mostrando várias comorbidades passíveis de tratamento na própria unidade, como dislipidemias citado anteriormente. E uma das principais conquistas foi a revitalização da fisioterapia do Hiperdia, com aumento considerável na demanda e grande satisfação da comunidade.

Obtivemos uma grande evolução na parte organizacional do projeto. Os ACSs compreenderam a importância do recadastramento e se tornaram mais informados para poder orientar melhor os pacientes. Os auxiliares também fizeram um importante papel aferindo a PA de todos, realizando as HGTs e, principalmente, anotando esses dados nos cartões do Hiperdia e nas fichas. Com as reuniões a equipe se tornou mais informada a respeito do programa e pode contribuir melhor com o projeto. Porém, não obtivemos uma maior evolução principalmente por carências estruturais. Tivemos que mudar o local da unidade pois o imóvel, que era alugado pela prefeitura, estava com risco de desabamento. A maioria dos aparelhos utilizados eram doados pela própria equipe, como estetoscópios, esfigmomanômetro, televisor, DVD e toda a cozinha. O município só possui um projetor em posse da secretaria de educação. O único local disponibilizado para as reuniões foi a escola da comunidade, com horários restritos devidos as aulas.

### 6.1 Gráficos



### 6.2 Fotos



Aferição da PA



**Reuniões Educativas**



**Fisioterapia do Hiperdia**

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Concluimos que com a evolução organizacional do programa Hiperdia no PSF da Rodagem associada a uma melhora do acolhimento por meio das medidas referidas anteriormente observamos um maior número de diagnósticos realizados e um aumento da adesão dos pacientes ao tratamento.

Acreditamos numa melhora da informação dos pacientes sobre suas doenças obtidas por meio das salas de espera e das reuniões educativas. Sendo também nítida a necessidade de uma escolaridade mínima, ou seja, uma melhora da educação, para melhor absorção das informações a respeito de suas doenças.

Concluimos também que o maior empecilho para uma maior efetividade do projeto seja principalmente por um déficit estrutural.

## **8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1 – Filha FSSC, Nogueira LT, Viana LMM. Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. Rev. Rene, Fortaleza; 12 (n.esp.): 930-6, 2011.**
- 2 – Moreira AKF, Santos ZMSA, Caetano JA. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. Physis Rev. de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [4]: 989-1006, 2009.**
- 3 – Péresa DS, Magnaa JM, Vianab LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Rev. Saúde Pública; 37 (5): 635-42, 2003.**

4 – Barbosa RGB, Lima NKC. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. Rev. Bras. Hipertens. vol.13(1): 35-38, 2006.

5 – Helena ETS, Nemes MIB, Neto JE. Avaliação da assistência a pessoas com Hipertensão Arterial em Unidades de Saúde da Família. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.614-626, 2010.

5 – Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização à atenção a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus. Brasília, 2001.

6 - Lima ASL, Gaial ESM, Ferreira MA. A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. Saúde Coletiva em Debate, 2(1), 30-29, 2012.

7 – Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.91-104, set.2004/fev.2005.

8 - Portal ODM – Relatório Dinâmico de Camamu-BA.

9 – Wikipédia.

10 – DATASUS.

11 – IBGE