

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

ROBIN NEIDER GAINZA RODRÍGUEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A COOPERAÇÃO DOS
HIPERTENSOS AO TRATAMENTO NA ESF VILA RECREIO - TERESÓPOLIS,
BETIM-MG**

BETIM /MINAS GERAIS

2015

ESF Vila Recreio, bairro Teresópolis, município Betim-MG. 1

ROBIN NEIDER GAINZA RODRÍGUEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A COOPERAÇÃO DOS
HIPERTENSOS AO TRATAMENTO NA ESF VILA RECREIO- TERESÓPOLIS,
BETIM-MG**

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.

Orientador: Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes

BETIM /MINAS GERAIS

2015

ESF Vila Recreio, bairro Teresópolis, município Betim-MG. 2

ROBIN NEIDER GAINZA RODRÍGUEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A COOPERAÇÃO DOS
HIPERTENSOS AO TRATAMENTO NA ESF VILA RECREIO- TERESÓPOLIS,
BETIM-MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Dra. Maria Jose Moraes Antunes

Examinador 2 – Profa. Dra. Célia Maria de Oliveira UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 18 de Junho de 2015

RESUMO

As doenças cardiovasculares são a principais causa de mortalidade do Brasil e a Hipertensão Arterial é um dos mais importantes problemas enfrentados pelos profissionais que atuam na atenção primária de saúde. Apesar de sua elevada prevalência e de suas sérias conseqüências, ainda persiste uma resistência dos pacientes á adesão ao tratamento. O objetivo do trabalho realizado foi elaborar uma proposta de intervenção para aumentar a cooperação dos hipertensos ao tratamento na ESF Vila Recreio, bairro Teresópolis, municipio Betim-MG. Para a construção da proposta de intervenção realizou-se um levantamento bibliográfico sobre o tema junto as bases de dados informatizadas da biblioteca virtual em saúde (BVS) e realizou-se o diagnóstico da instituição, para conhecer os fatores que dificultam a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Com base nas informações adquiridas foi elaborada a proposta de intervenção visando sistematizar o atendimento ao hipertenso com ações voltadas para promoção e prevenção de complicações. Acreditamos que a implementação dessa proposta de intervenção poderá melhorar a cooperação dos pacientes hipertensos ao tratamento, minimizando seu impacto sobre o aparecimento de complicações cardiovasculares.

Palavras-chave: hipertensão arterial, cooperação do paciente, adeção ao tratamento, equipe de saúde da família.

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares son las principales causa de mortalidad en Brasil y la Hipertensión Arterial es uno de los más importantes problemas enfrentados por los profesionales que actúan en la atención primaria de salud. A pesar de su elevada prevalencia y de su seria consecuencia, todavía persiste una resistencia de los pacientes a adherirse al tratamiento. El objetivo de este trabajo fue elaborar una propuesta de intervención para aumentar la colaboración de los hipertensos al tratamiento en el ESF Vila Recreio, barrio Teresópolis, municipio Betim-MG. Para la construcción de esta propuesta de intervención se realizó un levantamiento bibliográfico del tema junto a las bases de datos informatizados de la biblioteca virtual de salud (BVS) y se hizo el diagnóstico de la institución para conocer los factores que dificultan la adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial. Sobre la base de las informaciones adquiridas fue elaborada la propuesta de intervención con el propósito de sistematizar la atención de los hipertensos con acciones dirigidas a la promoción y prevención de complicaciones. Creemos que la aplicación de esta propuesta de intervención puede mejorar la cooperación de los pacientes hipertensos al tratamiento, minimizando su impacto en la aparición de complicaciones cardiovasculares.

Palabras claves: hipertensión arterial, cooperación de los pacientes, adhesión al tratamiento, equipo de salud de la familia.

:

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
COPASA	Companhia de Água e Saneamento
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO-----	08
2 JUSTIFICATIVA-----	30
3 OBJETIVO -----	31
4 METODOLOGIA-----	31
5 REFERENCIAL TEÓRICO-----	33
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO-----	41
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	46
REFERENCIAS-----	48

1 INTRODUÇÃO

As informações referentes ao município de Betim descritas abaixo foram extraídas do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (BETIM, 2010) e do Censo 2010 (IBGE, 2010).

1.1 identificação do município

Localização em relação à capital do estado e outros pontos geográficos interessantes:

O município Betim encontra-se localizado a sudoeste da capital Belo Horizonte. A distância em linha reta entre Betim e Belo Horizonte é de 27.8 km, mas a distância de condução é 31 km. Tem como prefeito Carlaile Pedrosa, eleito em 2012 e administra a cidade desde 01/01/2013. A câmara de vereadores tem 23 vereadores, também eleitos nesta data. A prefeitura municipal é nomeada como Centro Administrativo João Paulo II e está localizada na Rua Pará de Minas, 640, Bairro Brasília – Betim/MG – CEP. 32600-412. Telefone: 3512-3000. A gestão municipal é dividida em 14 Secretarias, dentro às quais está a Secretaria Municipal de Saúde. Em maio de 2015 está designado como Secretário Municipal de Saúde o Dr. Mauro Reis e o Secretário adjunto é Junio de Araújo Alves.

De acordo com dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística a população betinense atual é em média de 378.089 habitantes (IBGE/2010). A população estimada para 2014 é de 412.003 habitantes (IBGE/2014)

Criação do município:

Segundo o Dossiê de Bem Cultural Imaterial da Fundação Artisitco-Cultural de Betim, (BETIM, 2015), a cidade nasceu como parada para descanso dos bandeirantes de São Paulo que vinham a Pitangui, no período do colonial (século

XVIII), momento em que se vivia o auge do ciclo do ouro. Betim servia de passagem e pousada de tropeiros. O sertanista Joseph Rodrigues Betim, que deu origem ao nome da cidade, emancipada em 1938, chegou aqui em 1711.

A vocação fabril sempre foi presente desde meados do século XIX, a maior atividade praticada era a fabril (fiandeiras), correspondendo a 11% da população da época. Em 1940, começaram a se instalar as primeiras indústrias no município, ligadas à constituição do Parque Siderúrgico Nacional: Cerâmica Saffran (1942), Ikerá (1945), Cerâmica Minas Gerais (1947).

Betim apresenta uma oferta privilegiada de infra-estrutura, passando a ser um atrativo para indústrias. Na década de 1950, o planejamento estadual destinou a Betim duas outras funções econômicas: a industrialização de base, representada pelas siderúrgicas, e a produção de alimentos para o abastecimento local. Nos últimos anos a indústria se diversifica obtendo um pólo petroquímico através da Refinaria Gabriel Passos e pólo automotivo (FIAT). Atualmente o município tem 302 anos de existência, Betim no século XXI se consolida como uma das mais importantes cidades do cenário Mineiro e Nacional. (BETIM, 2015)

Descrição do município:

Segundo a Wikipedia, (2015), Betim integra a Região Metropolitana de Belo Horizonte, sendo considerada a 5ª maior cidade do estado e uma das 50 maiores cidades do Brasil. As rodovias MG-060, MG-050, BR-381, BR-040, BR-262, cortam a cidade. Os municípios que fazem divisa são Contagem, Esmeraldas, Igarapé, Ibirité, São Joaquim de Bicas, Mário Campos. Os rios que banham o município são Rio Paraopeba, Rio Betim e Riacho das areias. É dividida em sete regiões administrativas: Alterosas, Centro, Citrolândia, Imbiruçu, Norte, PTB e Teresópolis.

Aspectos Geográficos:

Área: 342.846 km².

Vegetação: Cerrado e Mata Atlântica.

Densidade demográfica: 1123,91 hab/km².

Altitude: 860m

Clima: tropical de altitude.

Latitude: -19° 58' 04"

Longitude: -44° 11' 54'

Concentração Habitacional segundo o IBGE (2010):

População Urbana: 375.331 (99.27%)

População Rural: 2.758 (0.73%)

Número aproximado de Domicílios e Famílias:

Segundo dados do IBGE (2010) Betim possui 85 Domicílios coletivos, sendo que destes 39 possuem morador e 39 não possuem morador. 12.207 domicílios particulares não ocupados, sendo 3.398 de uso ocasional e 8.809 vagos. 112.693 domicílios particulares ocupados. No último censo realizado pelo IBGE (2010) foram encontrados 111.056 domicílios particulares ocupados; em 1.637 não se realizou entrevista.

Aspectos Socioeconômicos:

Indicadores:

Produto Interno Bruto (PIB) Per Capita a preços correntes-2011: R\$ 73.220,40 (IBGE, 2014).

Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano, (2015), o Índice de desenvolvimento humano municipal em 2010 foi de (IDHM): 0,749, considerado alto, (IDHM entre 0,7 e 0,799).

Renda familiar:

A renda per capita média de Betim cresceu 109,87% nas últimas duas décadas, passando de R\$314,74 em 1991 para R\$412,88 em 2000 e R\$660,56 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 31,18% no primeiro período e 59,99% 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 12,17% em 1991 para 6,02% em 2000 e para 1,58% em 2010. O Índice de Gini, passou de 0,53, em 1991, para 0,50, em 2000, e para 0,47, em 2010. (ATLAS DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2015).

Abastecimento de Água

Segundo levantamento elaborado a partir dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde (DATASUS/SIAB, 2013) gerados a partir do trabalho das equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, que fazem o cadastramento das famílias e identificam a situação de saneamento e moradia cálculo da taxa ou percentual de domicílios com e sem rede de abastecimento de água é como se segue:

Famílias com rede de abastecimento: 98.5%

Famílias com outros meios: 4.1%

Famílias com poço/nascente: 1.0%

A água tratada é um produto industrial que exige altos investimentos para a sua produção, reservação, distribuição e controle de qualidade. Para garantir sua quantidade e qualidade dentro dos padrões estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde - OMS exerce um rigoroso controle e investe em programas de preservação dos mananciais de onde a água é retirada para abastecimento público.

Recolhimento de Esgoto por Rede Pública:

Segundo levantamento elaborado a partir dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde. Os dados do SIAB, por sua vez, são gerados a partir do trabalho das equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, que fazem o cadastramento das famílias e identificam a situação de saneamento e moradia, o

cálculo da taxa ou percentual de domicílios com e sem sistema de esgoto é como se segue:

Famílias com rede de esgoto: 87.3%

Famílias com esgoto a céu aberto: 1.8%

Famílias com esgoto por fossa: 11.0%

Fonte DATASUS/SIAB 2013

Principais atividades econômicas

Segundo o site do serviço Nacional do Comércio, SENAC (2015), o setor industrial é o de maior relevância em Betim, sendo ocupado pela maior parte da população - 23.985 pessoas.

No setor agropecuário, de extração vegetal e pesca se concentram 1.352 pessoas. O setor de Comércio de Mercadorias é ocupado por 6.908 pessoas.

No setor de Transporte e Comunicação se concentram 4.195 pessoas. 22.098 pessoas executam outros serviços, em um total de 58.538 pessoas economicamente ativas

.Os principais produtos agrícolas são: amendoim (em casca), arroz em casca sequeiro, arroz em várzea úmida, banana, cana-de-açúcar, café, feijão, laranja, mandioca, milho e: tomate (de mesa). (SENAC, 2015)

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS:

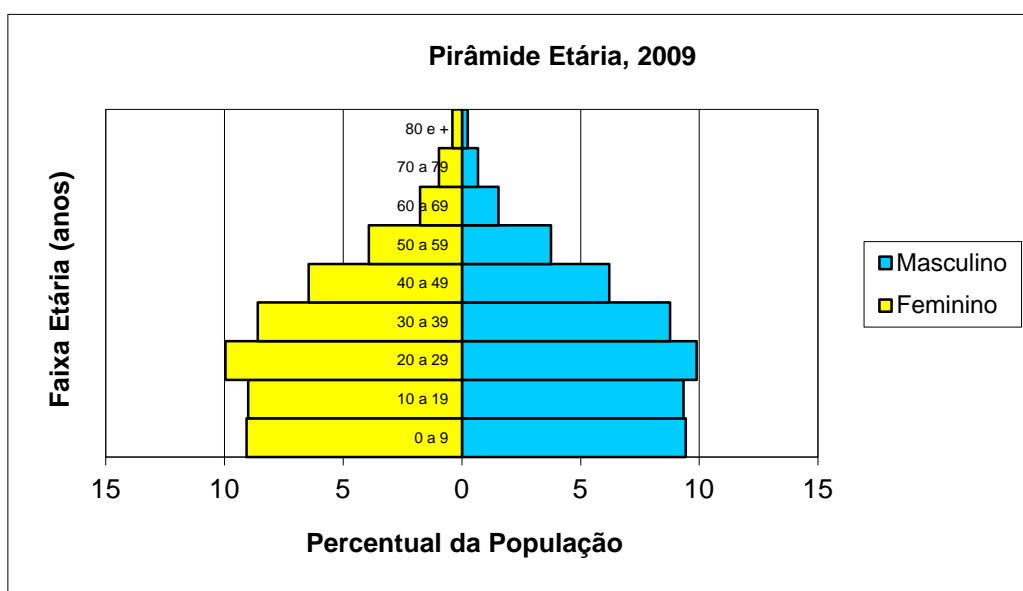
Quadro 1 População residente por faixa etária e sexo, BETIM, 2015,

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	4.135	3.958	8.093
1 a 4	16.725	16.032	32.757
5 a 9	20.775	20.074	40.849
10 a 14	20.347	19.568	39.915
15 a 19	20.904	20.224	41.128
20 a 29	43.650	44.017	87.667
30 a 39	38.735	37.983	76.718
40 a 49	27.418	28.546	55.964
50 a 59	16.574	17.350	33.924
60 a 69	6.815	7.785	14.600

70 a 79	3.009	4.284	7.293
80 e +	1.054	1.787	2.841
Ignorada	-	-	-
Total	220.141	221.608	441.749

Fonte: BRASIL, 2015.

Quadro 2 Pirâmide por idade e sexo dos habitantes de BETIM, 2015,



Fonte:BRASIL, 2015

ALGUNS INDICADORES:

Taxa de crescimento anual: Crescimento de 2.12% ao ano em 2010 e

Densidade demográfica: 1.102,80 habitantes por km² (IBGE 2014).

Taxa de Escolarização:

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), divulgada em setembro de 2013, 98,2% das crianças brasileiras de 6 a 14 anos frequentaram a escola em 2012. O mesmo estudo relata que a taxa de escolarização das crianças de 5 e 6 anos chegou a atingir 92%, sendo que a dez anos atrás (2002), somente 77,2% das crianças com esta idade estavam na escola.

Houve queda do percentual de crianças e adolescentes entre 4 e 17 anos que não frequentam a escola no Brasil, 4,8% de 2012 em relação à 2011.

O percentual de jovens de 15 a 17 anos frequentando a escola em 2012 foi de 84,1% da população nessa faixa etária. Dos 10,4 milhões de jovens dessa idade, 8,7 milhões estão na escola. (INEP, ,2014),no município de Betim em 2013.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Para o Ministério da Saúde 90% da população brasileira é, de algum modo, usuária do SUS e 28,6% da população é usuária exclusiva do SUS. Outros 61,5% usam o SUS em algum outro sistema de atenção, como vigilância sanitária por exemplo. Somente 8,7% da população não utilizam o SUS. (BRASIL, 2003).

A Secretaria de Municipal de Saúde de Betim Saúde, gerente do SUS Betim, se apresenta com as seguintes diretorias/coordenadorias, e respectivos coordenadores:

1. Diretoria de Vigilância à Saúde - Cleri Xavier Santos Rezende;
2. Diretoria de Gestão Estratégica e Participativa - Claudio Alves de Carvalho;
3. Diretoria de Educação em Saúde - Joyce Pedrosa de Oliveira Silva Andrade;
4. Diretoria de Regulação Controle e Avaliação - Wesley Vieira Andrade;
5. Diretoria Operacional - Ana Maria Ragazzi;
6. Coordenadoria de Planejamento e Gestão - Euzi Alves Cruz;
7. Coordenadoria de Suprimentos - Marlene Dias Teixeira;
8. Coordenadoria de Unidade de Atendimento Móvel de Urgência – Dr. Adriano Faustino de Figueiredo;
9. Coordenadoria Administrativa - Andréa Cristina Brandão.

Programa de Saúde da Família

Em Betim o acesso a saúde inicia-se a partir da atenção básica que se constitui por 8 Unidade Básicas com Saúde da Família (UBSFs) e 18 Unidade Básicas de

Saúde (UBSs). Estas unidades são o local onde o usuário recebe o primeiro atendimento, e ainda, são responsáveis pela prevenção e tratamento de doenças. Para isso, há programas direcionados à Hipertensão e Diabetes, Tuberculose e Hanseníase, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher e gestantes, Crianças, Assistência Farmacêutica, Saúde Mental e Saúde Bucal. Por meio desses programas, da atuação da equipe médica, farmacêutica, de enfermagem e de assistência social e ainda pelos agentes comunitários são desenvolvidas as ações de promoção e recuperação da saúde.

A Estratégia de Saúde da Família está incluída na atenção básica e presente em 30% das unidades. A primeira unidade de Betim foi implantada em 2004, no bairro Cruzeiro do Sul. Cada equipe de saúde da família fica responsável por atender uma população de 4.000 usuários, em um território definido na cidade, diagnosticando os principais problemas de saúde das comunidades e traçando estratégias específicas para todas as regiões. A abordagem do usuário é realizada dentro da família e da comunidade por uma equipe interdisciplinar. Anteriormente à criação da ESF no município, se deu a atuação dos agentes comunitários. A equipe é composta por médico generalista, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e de seis a 10 agentes comunitários de Saúde.

Sistema de referência e Contra-referência

Saúde Mental

É oferecido atendimento e acompanhamento para pessoas que vivem com sofrimento mental, através dos Centros de Referência em Saúde Mental (Cersams) e o Centro de Referência em Saúde Mental Infantil (Cersami). Em o sistema manicomial não é aderido, o paciente não fica internado por tempo indeterminado e frequenta o Centro de Convivência Estação dos Sonhos e grupos nos centros de referência, onde participa de terapias e oficinas de geração de emprego e renda. Segue as unidades com endereço:

Cersam Betim Central Rua Cônego Domingos Martins, 243, Centro.
Funcionamento: 24 horas;

Cersam Citrolândia Rua Professor Antonio Aleixo, 04, Citrolândia. Funcionamento: segunda a sexta-feira, de 8h às 18h;

Cersam Teresópolis Rua Braúnas, 50, Jardim Teresópolis. Funcionamento: segunda a domingo, de 8h às 18h

Cersami Rua Araguaia, 276, Brasília. Funcionamento: segunda a sexta-feira, de 8h às 18h;

Centro de Convivência Estação dos Sonhos Rua Santa Cruz, 400, Centro. Funcionamento: segunda a sexta-feira, 8h às 18h

Centro de Referência em Reabilitação Anderson Gomes de Freitas

Oferece m tratamento humanizado e resolutivo de reabilitação com qualidade para pacientes. Possui uma equipe multidisciplinar composta por profissionais entre fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, estagiários diversos, auxiliares administrativos e agentes de higienização, que garantem atendimento humanizado e resolutivo a 250 pessoas por dia. Para ser atendido, o usuário deve consultar na Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de sua casa e, então, ser encaminhado para o CRR. Funcionamento: segunda a sexta-feira, da 7h às 18h, Endereço: Av. Bandeirantes, 300, Vila Recreio - Betim/MG. Telefone: 3595-8577

Centro de Referência em Especialidades Divino Ferreira Braga

Possui especialistas de diversas áreas. Atende demanda de especialidades que são encaminhadas por meio das UBS e agendadas através da Diretoria de Regulação. Oferece as seguintes especialidades: Alergologia; Angiologia; Cardiologia adulto e infantil; Dermatologia; Biopsia de pele; Lipodistrofia facial; Endocrinologia adulto e infantil; Fonoaudiologia; Gastreenterologia adulto e infantil; Geriatria; Ginecologia; Cirurgia de alta frequência para tratamento de lesão inicial de colo útero; Hematologia; Homeopatia; Mastologia; Biopsia de mama; Nefrologia adulto e infantil; Neurologia adulto e infantil; Oftalmologia; Otorrinolaringologia;

Prótese auditiva; Implante coclear; Ortopedia adulto e infantil; Pneumologia adulto e infantil; Proctologia; Pré-natal de alto risco; Reumatologia; Urologia; Nutrição.

O Centro de Referência conta ainda com Serviço de Acompanhamento de Recém Nascido de Alto Risco- Serenar - que faz o acompanhamento dos bebês prematuros, após receberem alta da Neonatologia. Estes são encaminhados pelas unidades de saúde ou pela maternidade. As crianças são assistidas pela equipe médica até completarem dois anos. Funcionamento: segunda-feira a sexta-feira, de 7h às 19h Endereço: Av. Juiz Marco Túlio Isaac, 1500, Chácara. Telefone: 3531-1416

CEREST - Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador

Inaugurado em 1995, o Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (Cerest) recebeu sede própria, em julho de 2010, aumentando sua capacidade de atendimentos realizados anualmente de 900 para cerca de 2 mil. Além disso, a mudança possibilitou o aumento dos serviços ofertados.

Os novos serviços são: realização de exame para diagnóstico de asma ocupacional; capacitação e avaliação do trabalhador com suspeita de PAIR (Perda Auditiva Induzida por Ruído); vigilância em Saúde do Trabalhador Rural em parceria com o CEREST/Estadual para Betim e Microrregião; suporte técnico nas ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador nas empresas de Betim; grupo para trabalhadores expostos ao ruído e capacitação de profissionais das empresas do ramo de plásticos sobre os riscos presentes neste ambiente de trabalho e as formas de minimizá-los; preparação de "Retorno ao Trabalho"; criação e implementação da ficha de "Investigação de Acidentes Fatais"; busca ativa na GRT (Gerência Regional do Trabalho) de agravos à saúde do trabalhador notificáveis no SINAN; encaminhamento ao INSS de trabalhador segurado para confecção de órtese e prótese, visando o retorno ao trabalho. Funcionamento: segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h Endereço: Avenida Solimões, 444 - Brasília. Telefone: 3531-3799

SEPADI - Serviço de Prevenção e Assistência a Doenças infecciosas

O SEPADI, inaugurado em junho de 2008, funciona no Centro de Referência em Especialidades Divino Ferreira Braga, atende mensalmente cerca de 1.500 usuários, que vão para as mais diversas finalidades: consultas com infectologistas, psicólogos, assistentes sociais, dispensação de medicamentos e preservativos, palestras e oficinas. O SEPADI unifica os serviços de prevenção e assistência às doenças infectocontagiosas que antes eram realizados em locais separados.

O SAE (Serviço de Assistência Especializada) oferece tratamento médico e farmacológico aos pacientes enquanto o CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) oferece palestras para instruir e esclarecer dúvidas, além de realizar o teste para HIV/AIDS, Hepatites B e C e Sífilis, de forma sigilosa e confidencial.

São atendidos também vítimas de acidentes com material biológico e perfuro cortantes, mulheres e crianças vítimas de abuso sexual, rubéola e toxoplasmose congênitas e outros casos de doenças infecciosas que os profissionais das Unidades Básicas de Saúde indicar para tratamento com infectologista. Há ainda a ADT (Atenção Domiciliar Terapêutica) que atende pessoas que vivem com HIV/AIDS em domicílio. Funcionamento: segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h. Endereço: Av. Edméia Matos Lazzarotti, 1500, Chácara. Telefone: 3531-6445

João Pipoca - Centro de Tratamento de Lesões

O Centro de Tratamento de Lesões João Batista Costa (João Pipoca), nome que homenageia um antigo interno da Colônia Santa Isabel foi criado através de uma parceria entre a prefeitura e a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig). São atendidos casos de lesões de maior complexidade, como as originadas pela hanseníase e curativos de feridas consideradas mais complicadas, como as que não cicatrizam. Funcionamento: segunda-feira a sexta-feira, das 7h às 16h. Endereço: Emílio Ribas, s/nº, Colônia Santa Isabel. Telefone: 3530-6161

CISMEP – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba

Trata-se de um consórcio público de municípios que objetiva desenvolver, em conjunto, ações e serviços que possam atuar na assistência à saúde da população da microrregião.

Fazem parte do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba as cidades de Betim, Bonfim, Brumadinho, Crucilândia, Florestal, Igarapé, Itaguara, Juatuba, Mário Campos, Mateus Leme, Piedade dos Gerais, Rio Manso, São José da Varginha, São Joaquim de Bicas e Sarzedo.

O CISMEP realiza cirurgias de otorrinolaringologia, oftalmológicas, de fonoaudiologia, varizes e exames de imagem. O encaminhamento é feito por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS's) e o agendamento pela Diretoria de Regulação. Funcionamento: de segunda-feira a sexta-feira, das 08h às 17 horas. Endereço: Rua São Jorge, 135 - Brasiléia - Betim/MG. Telefone: (31) 3532-3066

Redes de média e Alta Complexidade

Atendimentos de urgência e emergência são oferecidos através das 04 Unidades de Atendimento Imediato (UAI), atendendo todas as oito regiões do município. Em caso de necessidade para internação hospitalar as UAIS realizam o encaminhamento. Betim possui dois hospitais e uma maternidade pública:

Hospital Público Professor Osvaldo Franco (Hospital Regional). Av. Edmeia Matos Lazzarotti, 3800, Bairro Ingá;

Hospital Orestes Diniz (Colônia Santa Isabel).Rua Olavo Bilac, 113, Bairro Colônia Santa Isabel;

Maternidade HaydeéEspejoConroy (Maternidade Pública de Betim). Rua Gaturama, 180, Bairro Jardim Teresópolis.

O Serviço Móvel de Urgência – SAMU, realiza atendimento de emergências em todos os bairros da cidade. O atendimento é realizado por um médico regulador que dá as primeiras orientações pelo telefone e envia uma equipe com a ambulância se necessário. Ele funciona 24 horas.

Os usuários podem solicitar o SAMU em casos de acidentes de trânsito, trabalhos de parto, tentativas de suicídio, crise hipertensivas e cardiorrespiratórias, choques elétricos, acidentes com produtos perigosos, intoxicações, queimaduras, inconsciência de vítimas de quedas, ou seja, em casos graves.

1.2 Território/área de abrangência da UBS cenário do estudo

O bairro Jardim Teresópolis é considerado o maior bairro da cidade de Betim. Possui uma avenida principal chamada "Belo Horizonte" onde a maior parte do comércio do bairro está localizada. Atende aos bairros Vila Recreio, Vila Bemge, Amazonas, Alvorada, Riacho 3, Boa Esperança, Chácara Santo Antônio e Arvoredos.

Eu trabalho em UBS "Cristovina Castorina Gonçalves de Souza", localizada a rua Augusto Severo, 254, Jardim Teresópolis.

Atendo principalmente a população de Vila Recreio.

No geral a UBS atende a uma população aproximada de 43.000 habitantes em torno de 12.000 famílias segundo dados oferecidos pela gerente da unidade..

O bairro Jardim Teresópolis foi planejado como um loteamento, nos anos 40, pela COMITECO, empresa imobiliária que existe até hoje. No início da década de 50 recebeu seus primeiros moradores. No início dos anos 60 a Refinaria de petróleo Gabriel Passos se instalou nas proximidades do bairro (Próximo a rodovia BR 381) atraindo muitos e diversos moradores para o bairro (Wikipédia, 2013).

Nessa mesma época o distrito industrial Paulo Camilo começou a ser construído, culminando em 1976 com a instalação da fábrica da Fiat Automóveis. Com a chegada da fábrica da Fiat Automóveis, diversos migrantes do interior do estado (chamado êxodo rural) chegaram a Betim, como em outras áreas industriais, mas só conseguiram apenas subempregos, devido a falta de escolaridade. Estes moradores se instalaram ao redor das indústrias, com péssimas condições de infraestrutura, causando inúmeras lutas para garantir um pedaço de terra. Assim o Bairro Jardim Teresópolis se tornou um aglomerado de comunidades, sendo no início dos anos 90 foi considerado o maior aglomerado do estado de Minas Gerais. (Wikipédia, 2013).

Na história da comunidade há também registros de grandes veículos de comunicação, sendo que a Rádio Millennium FM que conseguiu entrar para a história como a maior audiência localizada da história do bairro de 2001 a 2007, além do semanário "Jornal do Teresópolis e região" que circulou no bairro no fim dos anos 80 e início dos anos 90, além do Jornal do Tere que está em circulação há 09 anos. Hoje conta com mais de 60 mil habitantes

Entre os espaços públicos que mais se destacam, estão a Maternidade Municipal, com inúmeros prêmios conquistados, o Complexo Poliesportivo Ricardo Mediolli e o projeto Arvore da vida, Centro Cultura Frei Estanislau, dentre outros.

A Escola Estadual Senador Teotônio Vilela, teve sua pedra fundamental lançada em 1985, e começou a funcionar em 1986. A maioria dos jovens dos anos 80 e 90 foram estudantes dessa escola.

Hoje conta com 2 Escolas estaduais(Teotonio e Lourdes Bernadete) além das escolas Municipais, Belizario Caminhas, Aristides José da Silva, Bento Machado(Vila Bemge) e Adelina Campos(Vila Recreio). e escolas em outros bairros da regional, Amazonas e Alvorada.(cyclopaedia.net,2013)

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE TERESOPOLIS

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Teresópolis, chamada "Cristovina Castorina Gonçalves de Souza", está localizado em rua Augusto Severo 254 e funciona no horário de segunda a sexta-feira ,das 7:00 às 17:00 horas.

A UBS Teresópolis ainda trabalha como PACS (programa de agente comunitário de saúde) não tendo divisão nem estrutural nem populacional de ESF (equipe de saúde da família).

Tem uma população de mais de 40 000 habitantes, conta com algumas especialidades médicas acima mencionadas, as atividades programadas são agendadas diariamente na parte da tarde de acordo com a necessidade do paciente e a disponibilidade de vagas.

A demanda espontânea é realizada todos os dias na parte da manhã pelas enfermeiras da unidade, os casos considerados agudos ou que tem certa prioridade são passados aos médicos no mesmo dia, sendo um caso de risco encaminhado para a UAI (urgência) imediatamente.

Quadro 3 RECURSOS HUMANOS DA UBS TERESÓPOLIS, BETIM, MG em 2014.

PROFISSÃO	QUANTIDADE	HORÁRIO DE TRABALHO
Médicos de Saúde da Família	02	07:00 às 16:00 e 8:00 às 17:00
Enfermeiros	07	07:00 às 16:00 e 8:00 às 17:00
Técnicos de Enfermagem	14	07:00 às 13:00 e 12:00 às 18:00
Auxiliar Administrativos	08	07:00 às 16:00 e 8:00 às 17:00
Médicos Pediatras	05	07:00 às 11:00 e 13:00 às 16:00
Farmacêutica	01	08:00 às 12:00
Auxiliar de Farmácia	04	07:00 às 13:00 e 12:00 às
Agentes de Saúde	54	08:00 às 17:00
Gerente	01	08:00 às 17:00
Assistente Social	02	07:00 às 11:00 e 12:00 às 16:00
Psicólogo Infantil	01	13: às 17:00
Psicólogo adulto	02	08:00 às 12:00 e 13:00 às 17:00
Médicos Ginecologistas	04	07:00 às 11:00 e 13:00 às 16:00
Médicos Clínico Geral	04	07:00 às 11:00 e 13:00 às 18:00
Medico Psiquiatra	01	09:00 às 12:00
Recepcionista	02	07:00 às 15:00
Total	110	

Fonte: Registro UBSF Teresópolis, 2014

Trabalho com consultas, atuo como clínico, atendo adultos das 8 sub regiões, principalmente demanda espontânea (ADE). Tratam-se de condições agudas de saúde. Inicialmente foi-me relatado que a área onde eu vou trabalhar se chama Vila recreio com uma população de 3285 Habitantes, eu conheço a equipe de saúde, tenho alguns dados da população da área de abrangência em que vou trabalhar no futuro, incluindo os pacientes portadores de HAS com quem eu estou trabalhando.

Aspectos sóciodemográficos da população da Vila Recreio, área de abrangencia da ESF onde trabalho, obtidos no SIAB regional:

Habitantes: 3285. Famílias: 922. De acordo com levantamento feito por profissionais da equipe de ESF, 82% dos usuários são alfabetizados.

A Taxa de emprego formal: 33.1% e os principais postos de trabalho são:

- Auxiliar de produção
- Auxiliar de serviços gerais

- Pedreiros
- Serventes de pedreiros
- Vendedores
- Faxineiras
- Motoristas
- Ajudantes de carga e descarga
- Manicure
- Balconista

A comunidade vive em diversos aglomerados e em vivem em casas cedidas pelo Estado; 90% das casas são de alvenaria.

Muitos recebem benefícios por terem seqüelas da hanseníase e alguns vivem de benefícios sócio-assistenciais.

Na regional Teresópolis, há grande incidência de tráfico de drogas, sendo assim são altas as taxas de assassinatos por armas de fogo.

Outra causa de óbito comum na região, são provenientes de complicações de doenças crônicas como hipertensão e diabetes.

Recursos da comunidade Vila Recreio

A comunidade de Vila Recreio possui:

Escola Municipal ensino meio “Adelina Gonçalves Campos”

Escola Municipal “Belizário Ferreira Camineras”

Nenhuma clínica particular;

Creche “Anna Mediolis”

Centro de referencia da assistência social (CRAS)

02restaurantes

1.3 Diagnóstico Estratégico Situacional

A metodologia usada para identificar e priorizar os problemas de saúde e elaborar o diagnóstico situacional (CAMPOS, et al, 2010), da minha área de abrangência,foi baseada nos métodos da estimativa rápida, consultada a população.

Foram usadas informações a mim passadas, por enfermeiras e ACS's, além de fazer perguntas para algumas pessoas (informantes chaves).

Realizei ainda uma observação direta da área e fiz varias reuniões de toda a equipe. Com estas ações consegui identificar os principais problemas de saúde da área de abrangência, conjuntamente com a equipe de saúde. Observei que a equipe de saúde atende parcialmente a população através de Visitas domiciliares, Consultas médicas, Consultas de enfermagem; procedimentos e assistência de enfermagem, grupos educativos entres outros. Os grupos são realizados pelos enfermeiros, e os agentes de saúde, se necessário por equipe multiprofissional. Os serviços de saúde na UBS Teresópolis como atendimento médico e de enfermagem são principalmente de demanda espontânea. Os atendimentos de urgência, média e alta complexidade são realizados, através de pactuação na UAI Teresópolis.

Quadro 4: Priorização dos problemas identificados na estimativa rápida segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento, na área de abrangência da ESF Vila Recreio, Teresópolis, Betim, MG, 2014.

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIAS	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Alta Prevalência de Hipertensão Arterial	Alta	08	Parcial	01
Alto índice de Violência e Droga-dicção	Alta	07	complexa	02
Alta prevalência de Diabetes Mellitus	Alta	07	Parcial	02
Alto índice de Doenças Mentais	Alta	05	Parcial	03
Alto índice de gravidez em idades extremas de La vida.	Alta	06	Parcial	04
Alto índice de Doenças Reumáticas Degenerativas	Alta	04	Parcial	05
Alcoolismo	Alta	06	Parcial	07

Fonte: dados colhidos pelo autor

No segundo passo do plano de ação foi realizada a priorização de problemas e construído o quadro acima, que aponta a Hipertensão Arterial sistêmica como principal problema de saúde a ser enfrentado na elaboração do Plano de Intervenção. A alta prevalência de Hipertensão arterial tem como uma das principais causas a baixa adesão atual dos usuários hipertensos ao Programa Hiperdia. Esta situação pode ser devido ao conjunto dos seguintes fatores: pouca informação da equipe sobre a importância do Programa, -falta de interesse sobre a doença pelos usuários, -escassez de tempo dos hipertensos para o comparecimento no ESF -pouco interesse da equipe em desenvolver o Programa adequadamente.

O desenvolvimento correto desse programa poderia diminuir o número de internações dos usuários portadores de hipertensão arterial por doenças cerebro-

Quadro 5 Descritores do problema Hipertensão Arterial-comunidade Vila Recreio-Teresópolis- Betim-MG

DESCRITORES	VALORES	FONTES
Hipertensos cadastrados	339	SIAB
Hipertensos confirmados	297	Registro da Equipe
Hipertensos acompanhados conforme protocolo	82	Registro da Equipe
Hipertensos controlados	41	Registro da Equipe
Sobrepeso *	31	Registro da Equipe
Sedentários *	58	Registro da Equipe
Internações	7	Vigilância Epidemiológica

SIAB BETIM, 2014.

Explicação do problema

Causas relacionadas aos pacientes:

-Baixa adesão aos serviços de saúde

- Mudanças de hábitos alimentares
- Falta de conhecimento da doença; uma grande parte da população considera a doença como normal, as pessoas não consideram como uma doença que afeta a sua qualidade de vida e pode ser prevenida e tratada.
 - Descrença da doença, pois tem paciente que parece não querer acreditar que está com a doença e que necessita de cuidados para evitar seus agravos.
- Baixo nível socioeconómico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar.
- Baixa autoestima
- Uso incorreto das medicações

- **Causas relacionadas ao ESF:**

- Falta de programação eficiente
- Falta de atualização da ficha B dos hipertensos.

- Causas relacionadas à gerencia da saúde:

- ESF incompleto
- Não mudança para APS.

Conseqüências:

- Baixa adesão dos pacientes usuários
- Péssimo funcionamento da ESF
- Automedicação
- Elevado índice de atendimento demanda espontânea
- Elevado índice de complicações da doença.

Identificação dos "nos críticos" do problema escolhido

Nos críticos:

- 1- Falta de conhecimento da doença. Uma grande parte da população considera a doença como normal, as pessoas não consideram como uma doença que afeta a sua qualidade de vida e pode ser prevenida e tratada.

2- Descrença da doença. Tem paciente que parece não querer acreditar que está com a doença e que necessita de cuidados para evitar seus agravos.

3- Falta de programação eficiente. A equipe não controla e programa adequadamente o acompanhamento para os pacientes hipertensos da área de abrangência.

2 JUSTIFICATIVA

As doenças do aparelho circulatório constitui uma das principais causas de morbidade e mortalidade, no município Betim no período de 2006-2009 tornando-se o principal grupo de causa em 2009 com predomínio no sexo feminino. (Plano Municipal de Saúde de Betim 2010-2013, P27-38)

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial na comunidade, pelo grande número de pessoas, principalmente idosos com níveis pressóricos não controlados e pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, enfrentando os nós críticos identificados, para reduzir os altos índices de pessoas Hipertensão Arterial Sistêmica, o problema mais crítico em nossa área de atuação.

A proposta é viável e importante para melhorar a qualidade da assistência à saúde da população da área.

3 OBJETIVO

Elaborar, um projeto de intervenção buscando aumento da adesão ao tratamento dos usuários hipertensos da área de abrangência da ESF Vila Recreio, bairro Teresópolis, município Betim-MG., contribuindo para a prevenção de complicações da doença e aumentando a qualidade de vida destes pacientes.

32

4 METODOLOGIA:

O presente trabalho apresenta um Projeto de Intervenção. Para sua realização elaborou-se inicialmente o diagnóstico da situação de saúde da população da área de abrangência da ESF Vila Recreio, utilizando o Método do Planejamento Estratégico Situacional -PES conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento do curso (NESCON, 2014).

Os resultados do diagnóstico e problemas prioritários foram apresentados nos itens 1.1, 1.2 e 1.3 da introdução deste trabalho.

Definido o problema, foi realizada uma revisão narrativa da literatura sobre o tema, com o objetivo de desenvolver uma proposta de intervenção para aumentar a cooperação dos pacientes com hipertensão arterial ao tratamento na área de abrangência da ESF Vila Recreio, bairro Teresópolis, município Betim-MG. Utilizou-se com descritores para a seleção dos textos científicos: Hipertensão arterial, cooperação do paciente, adesão ao tratamento, Equipe de PSF

Por último, traçou-se o plano de ação, apresentado no item 6 deste trabalho, seguido das considerações finais.

5.REFERENCIAL TEÓRICO

Aspectos gerais da hipertensão

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das mais importantes causas de morbimortalidade do mundo, sendo considerada como um dos mais prevalentes fatores de risco para o desenvolvimento de Doença Arterial Coronariana (DAC), Acidente Vascular Cerebral (AVC), doença vascular periférica, insuficiência renal e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC). As sequelas atribuídas à falta de controle adequado dos níveis pressóricos incluem, além dos agravos cardiovasculares e renais, a ocorrência de morte prematura. (ANDRADE,2006)

Tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, predomina a mortalidade por doença cardiovascular. Mesmo face à efetividade do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, é uma doença de difícil controle provavelmente devido a baixa adesão ao tratamento. (MANO e PIERIN, 2005)

No Brasil, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa um grave problema de saúde pública, devido a sua alta prevalência. Sabe-se que esta mobilidade acomete entre 15% e 20% da população adulta, em plena fase produtiva e mais de 50% dos idosos. Quando associada ao tabagismo, ao diabetes Mellitus (DM) e a Dislipidemia, constitui decisivo fator de risco para as doenças cardiovasculares as quais são responsáveis aproximadamente por 30% das mortes (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011)

Por ser uma doença crônica, pode ser controlada, mas não curada. Portanto, requer tratamento por toda a vida. Seu controle, quando diminuem as complicações, está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente à terapêutica que lhe é indicada. (ARAÚJO, 2006)

Trata-se, portanto, de um agravo de etiologia multifatorial que, devido à grande variedade de consequências, constitui a origem de várias doenças

cardiovasculares, sendo o principal fator de risco para agravos comuns na saúde coletiva, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Dessa forma, assume um papel fundamental dentro da saúde pública no Brasil e no mundo, trazendo grande impacto econômico, pelo ônus imposto ao sistema de saúde, e social, pelo reflexo na qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. (ALMEIDA et al., 2011).

Os sistemas de saúde baseados no fortalecimento da atenção básica estão organizados para atender a maior parte dos problemas de saúde e a enfatizar ações de promoção da saúde e de prevenção. Sua utilização é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados, do profissional e dos recursos disponibilizados (DILÉLIO et al.,2011).

No Brasil, o Ministério da Saúde propõe o Programa HIPERDIA para ser desenvolvido nas unidades de saúde. (HIPERDIA-DATASUS), Este programa destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do Sistema Único de Saúde – SUS.

Aspectos culturais que levam a população a negligenciar o tratamento da hipertensão

A adesão ao tratamento pode ser definida como o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente. Vários são os determinantes da não adesão ao tratamento (BUSNELLO, 2001).

-Falta de conhecimento do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica.

-Baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar e baixa autoestima.

-Relacionamento inadequado com a equipe de saúde

-Tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consultas, falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço.

-Custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos indesejáveis.

Os percentuais de controle de pressão arterial são muito baixos, apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares, em razão da baixa adesão ao tratamento. Estudos isolados apontam controle de 20% a 40%,(GUS, 2004). A taxa de abandono, grau mais elevado de falta de adesão, é crescente conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica.

Camargo Júnior (2001) afirma que existem fatores de risco modificáveis e não modificáveis.

Os fatores de risco modificáveis são aqueles possíveis de intervenção, como: a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo, a ingestão alcoólica, a nutrição, hipercolesterolemia, consumo de sal em excesso, diabetes, uso de drogas, estresse e outros.

Os fatores constituídos por fenômenos oriundos da própria geração e desenvolvimento da vida do ser humano como a idade, o sexo, herança genética, e a etnia são denominados de não modificáveis.

Existem vários fatores a influenciar no grau de adesão do paciente ao seu tratamento anti-hipertensivo. Entre eles: o sexo, a idade, o grau de instrução, a condição socioeconômica, o estado civil, o conhecimento e as crenças sobre as doenças, o seu estilo de vida, a presença do paciente na unidade de saúde e o apoio familiar. Além disso, somam-se fatores relacionados ao tratamento farmacológico e não farmacológico, como quantidade, dosagem, horários, efeitos colaterais e custo dos medicamentos, mudança de hábitos seguidos de restrições alimentares, de lazer e de trabalho. Finalmente, as políticas de saúde, a disponibilidade de medicamentos no serviço de saúde, a facilidade de marcar consultas e a presença de uma equipe de saúde multidisciplinar são fatores decisivos na adesão ao tratamento. (ARAÚJO, 2006)

Os fatores socioeconômico na ocorrência da HAS são complexos e difícil de ser estabelecidos. (CONEN, 2009). No Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade. (CESARINO, 2008)

Um dos grandes desafios para os profissionais de saúde tem sido a não adesão do hipertenso ao tratamento, sendo esse fato, possivelmente, responsável pelo aumento dos custos sociais com o absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento de saúde e aposentadorias por invalidez. (SANTOS, 2005).

Práticas educativas que possibilitam mudanças de hábitos nocivos em adultos, como o abandono de tratamento médico.

Desde a década de 60, difundiu-se em todo o mundo a busca pela mudança de paradigma nos serviços de saúde, valorizando o modelo de promoção da saúde (SILVA, et al, 2009).

Tendências desfavoráveis da maioria dos principais fatores de risco mostram a necessidade de ações adicionais e oportunas de promoção e preservação da saúde (SCHMIDT, et al, 2011).

Pelos motivos expostos há, na atualidade, uma concordância acerca de que se deva estimular no próprio núcleo familiar uma cultura de participação ativa no cuidado ao hipertenso. O domicílio é visto hoje como um espaço em que pessoas portadoras de doenças crônicas podem manter a estabilidade da doença, o que faz da experiência de cuidar de um doente em casa uma tendência cada vez mais crescente. (CATTANI, 2004)

Comumente, a família já é a primeira fonte de suporte a qual seus membros recorrem para resolução de problemas. Ela pode estar presente desde a simples preparação da refeição, passando pela modalidade de lazer, até a rotina do uso de medicamentos e de consultas para avaliação do estado de saúde. Logo, concordasse que a família deva estar envolvida intimamente no cuidado que favoreça a adesão do portador de HAS ao tratamento. Os cuidados implementados pela família têm a finalidade de preservar a vida de seus membros, com a vantagem de serem realizados de maneira adequada

às suas próprias possibilidades, aos seus padrões culturais, às necessidades particulares de cada indivíduo e às condições do meio onde vive. (ELSEN, 2002)

Segundo estabelecido na VI Diretrizes Brasileira de HA,(2011) as principais sugestões para melhor adesão no tratamento anti-hipertensivo são: Educação em saúde, com especial enfoque nos conceitos de hipertensão e suas características, orientações sobre os benefícios dos tratamentos, incluído mudanças de estilo de vida, informações detalhadas e compreensíveis pelos pacientes sobre os eventuais efeitos adversos dos medicamentos prescritos e necessidades de ajustes posológicos com o passar do tempo, cuidados e atenções particularizadas de conformidade com as necessidades, atendimento médico facilitado, sobretudo no que se refere ao agendamento de consultas

Mudanças no estilo de vida são recomendadas com entusiasmo na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Mudanças de estilo de vida reduzem a PA, bem como a mortalidade cardiovascular. (VIEGAS, 2004).

Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo.

Projetos e experiências exitosas que aumentaram a adesão ao tratamento da hipertensão na atenção primária em saúde.

Para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária de Saúde não obteremos bons resultados somente com o tratamento farmacológico, outros fatores estão envolvidos neste processo como: Alimentação, prática de exercícios físicos, controle do tabagismo e alcoolismo que também devem ser trabalhados com a população, outro fator relevante é que essa assistência através do programa não deve estar centralizada

somente em um profissional, mas sim todos os profissionais devem estar envolvidos para um bom desempenho e para obtenção de um bom resultado.

Como estratégia principal deve ser realizadas capacitações com os profissionais de saúde que estão diretamente envolvidos, com treinamento adequado, reciclagem, troca de experiência, esclarecimento de dúvidas. Os profissionais de saúde devem ser sensibilizados, considerando que a HAS é uma doença crônica com alta prevalência e que hoje investir na prevenção é a melhor maneira de evitar agravos.

A relação médico–paciente deve ser a base de sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo. A participação de vários profissionais da área da saúde, com uma abordagem multidisciplinar ao hipertenso pode facilitar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, aumentar o controle.(PIERIN, 2004)

Uma experiência exitosa para no manejo dos pacientes hipertensos na atenção primária em saúde é a formação de grupos de Hipertensos na comunidade, trabalhado sempre por a equipe multiprofissional. Os grupos podem ser utilizados como ferramenta para melhorar a educação em saúde dispendendo de mais tempo para orientações e, simultaneamente, por falarem para um número maior de pessoas, gastam menos tempo, oferece múltiplos benefícios ou vantagens: favorece a transmissão de informação correta somada ao empenho do paciente, desde o ponto de vista educacional permite a troca de experiências nos grupos entre os participantes, mobiliza a mudanças de hábitos e da adesão ao tratamento crônico, permitem aos pacientes terem contato e dividirem saberes e experiências com outros que vivem limitações impostas pelas complicações relacionadas à hipertensão, o que dá aos primeiros a oportunidade de constatar, de forma indireta, esses problemas, facilitando a percepção e o envolvimento emocional e psicológico com o tema de modo a torná-lo algo mais concreto, apoio psicossocial porque às vezes a pessoa mora sozinha, ela pode ficar desanimada, também aproxima os pacientes da equipe profissional, aumentando a confiança e o respeito mútuo e, conseqüentemente, a segurança do paciente em relação às orientações, melhora o relacionamento com a equipe, com profissionais envolvidos, se cria uma amizade

que é muito boa, lazer, estimulação ao autocuidado, fazer exercícios físicos, aferição da pressão arterial, estímulo a uma alimentação adequada

6 Plano de Ação

Depois do estabelecimento das prioridades e discutida na equipe de saúde, concluímos que a alta prevalência da Hipertensão arterial sistêmica é o principal problema de saúde da comunidade Vila Recreio no município Betim, Minas Gerais.

O plano de Intervenção educativa consta de várias etapas.

- 1- Sessões educativas grupais com o Máximo de uma hora semanal.
 - a) Com o Médico do PSF: atendendo a definição de hipertensão arterial, seus principais fatores predisponentes, os riscos associados aos níveis pressóricos elevados e a capacidade de controlar esta doença com a adesão ao tratamento.
 - b) Com o nutricionista do PSF: Alimentação saudáveis.
 - c) Com o Psicólogo do PSF: Objectivos fundamentais: promover a capacidade de reconhecer e descobrir a hipertensão arterial como uma doença que afeta a qualidade da vida e é responsável por complicações graves.
 - d) As reuniões de estudo deverão acontecer, preferencialmente, uma vez por semana, com todos os membros da equipe, para que os mesmos possam se apropriar de conhecimentos teóricos sobre a hipertensão e as estratégias de prevenção e assistência, bem como compartilhar experiências sobre o tema. A avaliação será discutida na semana posterior à reunião, onde cada membro da equipe deverá colaborar com sugestões e críticas, através de rodas de conversas, buscando um melhor desempenho nas reuniões.
 - e) Além das reuniões de estudo, a equipe de saúde deverá se reunir periodicamente para discutir os resultados das ações a serem propostas e propor outras novas ações, considerando a demanda dos usuários hipertensos atendidos pela mesma e a baixa adesão desses usuários no Programa Hiperdia. A avaliação desta ação deverá ser feita juntamente com a reunião de estudo.

- f) A partir das reuniões de estudo, a equipe de saúde deverá elaborar ações que propiciem um acompanhamento mais sistematizado dos usuários hipertensos cadastrados.
- 2- Avaliação final da intervenção educativa. (Após 6 meses de aplicação do mesmo).
- a. Adesão ao tratamento
 - b. Control dos fatores contribuintes da hipertensão arterial

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Desenho das operações

Como objetivo do plano de ação é resolver os problemas aqui venho mostrar as operações que vão ser realizadas e os resultados esperados.

QUADRO 6: Desenho das operações para os "nos críticos" do problema. ESF Vila Recreio, Teresópolis, Betim, BH.

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de conhecimento da doença. uma grande parte da população considera a doença como normal	Juntos vão à luta -Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre a doença.	Usuários e familiares com maior conhecimento da doença.	Aumento de informação sobre hipertensão arterial e adesão ao tratamento.	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: auxiliar a equipe nos divulgações dos grupos
Descrença da doença. pois tem paciente que parece não querer acreditar que está com a doença	Lutar e vencer -Conscientizar os pacientes e familiares à importância da aceitação da doença.	Usuários e familiares com aceitação da doença e tomada de decisões necessárias para o autocuidado.	-Adesão ao tratamento e superação da fase de negação.	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social disponibilização de materiais. Organizacionais: auxiliar a equipe nos divulgações dos grupos.
Falta de programação eficiente	Elaborar agenda programada, Organizar a agenda	Agenda organizada, Atividade realizada de forma planejada, satisfação dos usuários e melhor adesão.	Programação mensal das atividades (consultas médicas e enfermagem, atividades em grupos, visitas domiciliares).	Organização das atividades da ESF, recursos financeiros para aquisição de cadernos para confecção de novas agendas

Fonte: elaborado pelo autor.

Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos.

O quadro abaixo tem como objetivo a identificação dos recursos críticos ou indispensáveis que devem ser consumidos em cada operação para execução da mesma e que não estão disponíveis.

Quadro 7: Recursos críticos para o problema. ESF Vila Recreio, Teresópolis, Betim, BH.

OPERAÇÃO/PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS
<p>Juntos vão à luta -Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre a doença.</p>	<p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Organizacionais: auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos. Políticos: Providenciar espaço físico, parceria da ESF. mobilização social, disponibilização de materiais Financeiros: materiais didáticos e áudio visual</p>
<p>Lutar e vencer -Conscientizar os pacientes e familiares à importância da aceitação da doença.</p>	<p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria da equipe de saúde, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos.</p>
<p>Elaborar agenda programada, Organizar a agenda</p>	<p>Financeiro: para aquisição de cadernos para confecção de novas agendas Político: aprovação do projeto pelo coordenador de atenção primária. Adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada.</p>

Análise da viabilidade da proposta de intervenção:

Neste momento é necessário identificar os atores que controlam recursos críticos e analisar seu provável posicionamento em relação ao problema, para definir operações/ações estratégias capazes de construir viabilidade para o plano.

O quadro 8 mostra como organizar os responsáveis para essa operação que exige controle e muita responsabilidade para que seja possível resolver muitos problemas com o pouco recurso que temos.

Quadro 8: Proposta de ações para a motivação dos atores. ESF Vila Recreio, Teresópolis, Betim, BH.

OPERAÇÕES / PROJETOS	RECURSOS CRÍTICOS	Ator que controla	Motivação	Ações Estratégicas
<p>Juntos vão à luta</p> <p>-Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre a doença</p>	<p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema.</p> <p>Organizacionais: auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos.</p> <p>Políticos: Providenciar espaço físico, parceria da ESF. mobilização social, disponibilização de materiais</p> <p>Financeiros: materiais didáticos e áudio visual</p>	<p>Secretário Municipal de saúde</p> <p>Profissionais de saúde.</p>	Favorável.	Não é necessária
<p>Lutar e vencer</p> <p>-Conscientizar os pacientes e familiares à importância da aceitação da doença.</p>	<p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema.</p> <p>Políticos: parceria da equipe de saúde, mobilização social, disponibilização de materiais.</p> <p>Organizacionais: auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos.</p>	<p>Secretário Municipal de saúde</p> <p>Profissionais de saúde.</p>	Favorável	Não é necessária
<p>Elaborar agenda programada, Organizar a agenda</p>	<p>Financeiro: para aquisição de cadernos para confecção de novas agendas.</p> <p>Político:aprovação do projeto pelo coordenador de atenção primária.</p> <p>Adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada.</p>	<p>Secretário Municipal de saúde</p> <p>Secretário Municipal de saúde</p> <p>Profissionais de saúde.</p>	<p>Indiferente</p> <p>Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>Não é necessária</p> <p>Não é necessária</p>

Para concluir o Plano operativo de projeto de intervenção, elaborei o quadro 9 com o objetivo de designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações.

Quadro 9 Plano operativo

OPERAÇÕES	RESULTADOS	PRODUTOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
Juntos vão à luta -Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre a doença.	Usuários e familiares com maior conhecimento da doença.	Aumento de informação sobre hipertensão arterial e adesão ao tratamento.		Robin	De maio a Julho
Lutar e vencer -Conscientizar os pacientes e familiares à importância da aceitação da doença.	Usuários e familiares com aceitação da doença e tomada de decisões necessárias para o autocuidado.	-Adesão ao tratamento e superação da fase de negação.		Robin	De maio a Julho
Elaborar agenda programada, Organizar a agenda	Agenda organizada, Atividade realizada de forma planejada, satisfação dos usuários e melhor adesão.	Programação mensal das atividades (consultas médicas e enfermagem, atividades em grupos, visitas domiciliares).	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde	Secretário Municipal de saúde Mauro Silva Reis.	Apresentação do projeto : Junho 2014

O tempo para realização, a busca de recursos necessários, a possibilidade de execução das da proposta de intervenção serão definidos após a conclusão do curso de especialização em atenção básica.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A realização deste estudo permitiu apostar como principais problemas da unidade:

- Considero a forma de organização não adequada, porque muitas vezes não é possível acompanhar o paciente em suas necessidades (integral), usar os conceitos condições agudas e condições crônicas, sabendo que condições crônicas não são o mesmo que doenças crônicas, tornando assim urgente a necessidade de uma estrutura adequada para atendimento e da divisão das ESF's, sendo necessárias 8 equipes.
- A área física é insuficiente e desconfortável para os trabalhadores e população atendida, com uma estrutura antiga e mal conservada.
- Outro fator dificultadores para o atendimento á demanda espontânea e programada são: não mudança para PSF,
- a inadequação da estrutura física e ambiência, como sala de espera para que os usuários possam aguardar confortavelmente, atenuando seus sofrimentos, poucas salas para qualificar as condições de escuta e respeitar a intimidade dos pacientes acolhendo 8 enfermagem em um só ambiente,
- não tem sala de observação para adequado manejo de algumas situações mais críticas,
- má condições dos consultórios, estruturalmente, com muito ruído e com pouca privacidade a falta de materiais e de tecnologias, falta pessoal qualificado(Médico da família),.

Como fatores facilitadores temos que a UBS esta localizada na área de abrangência, facilitando acessibilidade aos usuários, preparação dos profissionais de saúde existente e vontade de atender com boa qualidade aos pacientes.

Prioridades de atendimento:

Temos a expectativa- a enfermeira, as agentes comunitárias e eu- de mudarmos para o PSF; espero que seja um bom ESF, onde poderia:

- discutir em conjunto os problemas da área de abrangência,
- conhecer junto com a população toda a realidade e a partir desse conhecimento, agendar as atividades diárias,
- planejar, implementar atividades ou programas de saúde que respondam com eficiência aos problemas e às demandas identificadas,
- Contribuir para que as pessoas usuárias tenham uma atenção estruturada, planejada, e provida por uma equipe multiprofissional, com uma resposta efetiva às diversidades culturais da mesma,
- maior atendimento as condições crônicas com caráter proativo, contínuo, centrado nas pessoas e na família por meio de cuidados mais o menos permanentes é integrado em rede,
- tentar na dia a dia alfabetização sanitária da população, trabalhar mais com agentes que com pacientes, nunca aplicar modelo agudo às condições crônicas já que estas tende-se a piorar.

REFERÊNCIAS:

ALMEIDA AB, *et al.* Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev APS.** v. 14, n.3, p. 319-326, jul/set. 2011.

ANDRADE, JP. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Arq.Bras.Cardiol.* ; 79 (4): P 375-84. Jul. 2006.

ARAÚJO,G.B.S.; GARCIA,T.R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev Eletr Enferm.* ; 8(2): P 259-72.2006

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO. Dados de Betim. Disponível em http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/634 Acesso em 07 de mai de 2015.

BETIM Fundação Artístico Cultural de Betim. FUNARBE. Dossiê de Bem cultural Imaterial Prefeitura Municipal de Betim. 2010. Disponível em http://www.betim.mg.gov.br/patrimoniocultural/bens_registrados/Dossi%C3%AA%20de%20registro%20do%20Reinado%20de%20Nossa%20Senhora%20do%20Ros%C3%A1rio.pdf Acesso em 07 de mai de 2015.

BETIM. Prefeitura Municipal. Plano Municipal de Saúde. Disponível em http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/Plano%20Municipal%20de%20Sa%C3%BAde;:20110819.pdf Acesso em 10 de jan de 2015..

BETIM. Prefeitura. Plano municipal de saúde de Betim 2010-2013. Disponível em www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/Plano%20Municipal%20de...2010 Acesso em 12 de Nov de 2014.

BRASIL Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel. Brasil 2009: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2009_preliminar_web_20_8_10.pdf. Acesso em: 15 jan. 2011.

BRASIL, Ministério da Educação. INEP. Censo Escolar 2014. Disponível em: [ortal.inep.gov.br/basica-censo](http://portal.inep.gov.br/basica-censo) Acesso em 12 de mar de 2015

BRASIL, Ministério da Saúde. SUS - 15 anos de implantação: desafios e propostas para sua consolidação/Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. BRASIL. Ministério da saúde. Caderno de Informações em Saúde. DATAASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm> Acesso em 3 de mai de 2015.

BUSNELLO, R.G. et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. *Arq Bras Cardiol* ;76: 349–51. 2001

CAMARGO Júnior, Alvacir. Análise do comportamento da pressão arterial sob duas intensidades de exercício aeróbio em hipertensos. Florianópolis, 2001.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de ; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos . Planejamento e avaliação das ações de saúde. NESCON/UFMG - Curso ESF Vila Recreio, bairro Teresópolis, município Betim-MG. 10

de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CARVALHO FILHA, F.S.S.C.;NOGUEIRA, L.T.;VIANA,L.M. Hiperdia: Adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia de saúde da família. Revista de rede de Enfermagem do nordeste-Ver Rane, fortaleza, v.12, n. esp.,P 930-936. 2011.CATTANI, RB; GIRARDON-PERLINI, NMO. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. Rev. Eletr. Enferm.; 6 (2): P 254-71; Mai-Ago; 2004.

CESARINO, C. B.;CIPOLLO, J. P.; MARTIN, J. F. V.et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. Arq Bras Card; 91(1): p.31-35. 2008

CONEN, D.; GLYNN, R.J., RIDKER, P.M.; BURING, J.E., ALBERT, M.A. Socioeconomic status, blood pressure progression, and incident hypertension in a prospective cohort of female health professionals. Eur Heart J; 30:1378-1384. 2009.

DILÉLIO AS, et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. v.16, n.11, p.4395-4404, 2011.

ELSEN, I; MARCON, SS; SANTOS, MR, ORGANIZADORES. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá (PR): EDUEM; 2002.

GUS, I. et al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. Arq Bras Cardiol ;83(5):424-428. 2004

HIPERDIA - DATASUS - Ministério da Saúde datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia PVC - Programa de Volta para Casa · Bolsa Família · Regulação ... HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico: resultados preliminares – Betim. Ano 2010.

<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=310670&idtema=91&search=minas-gerais%7Cbetim%7Ccenso-demografico-2010:-resultados-da-amostra-religiao->

MANO,G.M.P.;PIERIN, A.M.G. Evolução de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um centro de saúde Escola. Acta Paul Enferm.v.18,n.3, p269-275,2005.

NOSSA BETIM. Observatório Nossa Betim. Disponível em http://nossabetim.org.br/wordpress/?page_id=42 Acesso em 12 de mai de 2014.

PIERIN, A. G. M.; STRELEC, M.A.A.M.; MION JR. D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Ed. Manole; . p. 275-289. 2004

SANTOS, ZMSA; FROTA, MA; CRUZ, DM; HOLANDA, SDO.Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. Texto Contexto Enferm.; 14 (3): P 332-40;Jul-Set; 2005

SCHMIDT, M. I., et al. Doenças crônicas não transmissível no Brasil; Carga e desafios atuais. Serie saúde do Brasil 4; Mai 2011.

SERVIÇO NACIONAL DO COMÉRCIO. SENAC. Informações Básicas de Betim. Disponível em:

http://descubraminas.com.br/Turismo/DestinoPagina.aspx?cod_destino=233&cod_pqi=2176 Acesso em 07 de mai de 2015.

SILVA, A. R. V. et al. Educação em saúde a portadores de Diabetes Mellitus tipo 2: Revisão bibliográfica. Ver. REME;v.10, Jun/Set. 2009. P 146-151.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA VI Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia :2007-2011 / coordenação e edição Iran Castro. ed. -- São Paulo: SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia, Disponível em em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/pocketbook/2007-2011/Pocket-Book-Diretrizes-SBC-2011-interativa.pdf2011.Acesso> em 12 de mar de 2015.

VIEGAS, C. A. A. ;ARAÚJO, A. J. ;MENECEs, A.M.B.; DÓREA, A.J.P.; TORRES, B.S. Diretrizes para cessação do tabagismo. J Bras Pneumol ; 30(Supl2):S1-S76.2004.

WIKIPÉDIA. Betim. Dados demográficos e geográficos. Disponível em https://www.google.com.br/?gws_rd=ssl#q=wikipedia+betim+mg Acesso em 07 de mai de 2015.