

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

NOLBERTO ERICK ZENTENO GONZALES BRAGA

**ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM PARA MELHORAR A ADESÃO DO PACIENTE
AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE
BRASILEIRA - PIAUÍ**

BRASILEIRA-PI
2016

NOLBERTO ERICK ZENTENO GONZALES BRAGA

**ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM PARA MELHORAR A ADESÃO DO PACIENTE
AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE
BRASILEIRA - PIAUÍ**

Projeto de Extensão apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Orientador (a): Profa. Ma. Andiana Garcez de Souza
Silva

BRASILEIRA-PI
2016

Braga, Nolberto Erick Zenteno Gonzales

Estratégias de abordagem para melhorar a adesão do paciente ao tratamento anti-hipertensivo na unidade básica de saúde de Brasileira - Piauí/Nolberto Erick Zenteno Gonzales Braga. – São Luís, 2016.

26 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde - PROGRAMA MAIS MÉDICOS, Universidade Federal do Maranhão, UNASUS, 2016.

1. Hipertensão. 2. Terapêutica. 3. Estratégias. I. Título.

CDU 616.12-008.331.1

NOLBERTO ERICK ZENTENO GONZALES BRAGA

**ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM PARA MELHORAR A ADEÇÃO DO PACIENTE
AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE
BRASILEIRA - PIAUÍ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Universidade Federal do
Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de
Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Aprovado em//

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Andiara Garcez de Souza Silva

Mestre em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão

Membro da banca
Maior titulação
Nome da Instituição

Membro da banca
Maior titulação
Nome da Instituição

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica considerada um problema de saúde pública, pois acomete milhões de indivíduos, sobretudo adultos a partir de trinta anos, que tenham algum fator de risco atrelado. Apresentam alta prevalência e baixa taxa de controle. Dentre os fatores de risco modificáveis associados à doença tem-se o alcoolismo, o tabagismo, obesidade, dentre outros. O projeto em questão visa implantar estratégias que possam melhorar a adesão do paciente hipertenso ao tratamento anti-hipertensivo, realizar consulta mensal dos pacientes hipertensos e capacitar os agentes comunitários de saúde para resgatar os hipertensos faltosos às consultas mensais. O espaço onde será desenvolvido o projeto de intervenção é na localidade Saco dos Polidórios, zona rural do município de Brasileira no Estado do Piauí, onde está inserida a Equipe de Saúde da Família 02. A população alvo a participar da intervenção serão 25 pacientes hipertensos que fazem parte da área adstrita e que são resistentes ao tratamento de medicamentos anti-hipertensivo. O impacto a ser gerado com o trabalho é aumentar em pelo menos 80% a adesão dos hipertensos que são resistentes ao tratamento. Espera-se com o projeto melhorar o atendimento ao paciente hipertenso resistente, além de aproximá-lo mais da equipe de saúde da família, mostrando que ele pode levar uma vida normal, promovendo o autocuidado e assumindo suas responsabilidades diante da patologia.

Palavras-chave: Hipertensão. Terapêutica. Estratégias.

ABSTRACT

The Hypertension is a chronic disease considered a public health problem because it affects millions of people, especially adults over thirty years, they have some factor linked to risk. They have a high prevalence and low control rate. Among the modifiable risk factors associated with the disease has been alcoholism, smoking, obesity, among others. The project in question aims to implement strategies that can improve patient compliance hypertension to antihypertensive treatment, perform monthly consultation of hypertensive patients and empower community health workers to rescue the hypertensive defaulting on monthly visits. The space will be developed where the intervention project is in the locality Bag Polidorios, rural Brazilian municipality in the state of Piauí, where it operates the Family Health Team 02. The target population to participate in the intervention will be 25 hypertensive patients part of the delimited area and that are resistant to treatment antihypertensive drugs. The impact being generated in the work is increased by at least 80% the adherence of hypertensive patients who are resistant to treatment. It is hoped that the project improve care resistant hypertensive patient, and bringing it more family health team, showing that he can lead a normal life, promoting self-care and assuming their responsibilities in the face of pathology.

Keywords: Hypertension. Therapy. Strategies.

SUMÁRIO

1	IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO	07
1.1	TÍTULO.....	07
1.2	EQUIPE EXECUTORA.....	07
1.3	PARCERIAS INSTITUCIONAIS	07
2	INTRODUÇÃO	07
3	JUSTIFICATIVA	16
4	OBJETIVOS	19
4.1	GERAL.....	19
4.2	ESPECÍFICOS.....	19
5	METAS	20
6	METODOLOGIA	20
6.1	CENÁRIO DE INTERVENÇÃO	20
6.2	SUJEITOS DA INTERVENÇÃO.....	21
6.3	ATIVIDADES PROPOSTAS.....	21
7	CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	22
8	IMPACTOS ESPERADOS	23
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
	REFERÊNCIAS.....	25

1. IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

1.1 TÍTULO

ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM PARA MELHORAR A ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO ANTIHIPERTENSIVO NA UBS DE BRASILEIRA-PIAUI

1.2 EQUIPE EXECUTORA

- Nolberto Erick Zenteno Gonzales Braga
- Andiará Garcez de Souza Silva

1.3 PARCERIAS INSTITUCIONAIS

- Secretaria Municipal de Saúde de Brasileira-PI.
- Equipe da Estratégia de Saúde da Família da Localidade Saco dos Polidórios.

2. INTRODUÇÃO

Em 2003, a Organização Mundial da Saúde (OMS) expandiu o conceito de doenças crônicas, focando as consequências correlacionadas aos aspectos fisiológicos e incluiu uma visão que abarca condições não transmissíveis, transmissíveis persistentes, distúrbios mentais crônicos e deficiências físicas, em função da necessidade de gerenciamento do agravo à saúde por tempo prolongado, pelos impactos pessoais, sociais e econômicos decorrentes de incapacidades, que demandam cuidados ou comprometimento em realizar atividades cotidianas ou laborais no decorrer da vida dos indivíduos (MALTA et al.2009). Frente a esta questão o atendimento primário na atenção básica se intensifica na prevenção destes agravos, dos quais podemos citar as complicações decorrentes da Hipertensão Arterial Sistólica (HAS).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e uma constante problemática de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente

com a elevação da Pressão Arterial (PA) a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões dos óbitos mundiais 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 sub desenvolvidos e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (BRANDÃO et al,2010) certamente devido aos atendimentos com diagnóstico precoces atrelados a ampliação de cobertura das ESFs efetivando a relevância da intervenção dessas equipes e da promoção de saúde na atenção básica.

As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados Como exemplo, em 2007 foram registradas 1.157.509 internações por DCV no SUS. Em relação aos custos, em novembro de 2009, houve 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$165.461.644,33. A doença renal terminal, outra condição frequente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS, registrando-se 9.486 óbitos em 2007(BRANDÃO et.al, 2010).

Segundo a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial a hipertensão arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2006).

O diagnóstico e tratamento da HAS são constantemente negligenciados devido ao seu curso assintomático, além disso, existe a baixa adesão por parte dos portadores aos tratamentos prescritos. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da hipertensão aos níveis considerados normais a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes (BRASIL, 2006).

A aderência ao tratamento anti-hipertensivo constitui um problema frequente, que também acontece no idoso, nesta faixa etária é provavelmente o maior desafio que enfrentamos hoje para o controle adequado, em larga escala, da hipertensão. Dessa forma, os pacientes devem ser orientados em relação à doença durante as consultas médicas e, sempre que possível, em grupos com assistência

multiprofissional. No início do tratamento e nos ajustes de dose pode-se conseguir melhor controle e aderência com a realização de retornos ambulatoriais frequentes a cada 3 a 4 semanas. A escolha do anti-hipertensivo deve ser cuidadosa, atentando-se para o número de tomadas diárias, interação medicamentosa e especialmente para os outros problemas de saúde do idoso, como cardiopatias, incontinência urinária e hipotensão ortostática (RD MIRANDA et al, 2002).

A situação problema que motivo a realizar o presente plano de ação, foi a pouca adesão ao tratamento por parte dos pacientes, acreditando que estavam melhor diminuindo as doses dos remédios, ou paravam de tomar por achar que estavam curados ou simplesmente diminuindo a dose por achar que estavam tomando muitos comprimidos, além de transgredir as restrições como: tabagismo, uso de álcool e transgressões nutricionais, bem como não aderir a práticas de exercícios físicos.

O município escolhido para desenvolvimento do presente Projeto de Ação foi Brasileira-PI, cuja origem data de 1936, porém foi emancipado em 1993 (Brasil,2015), localizado a 183Km de Teresina (capital do Estado), possui uma área de 880.893 km², a população é de 7 961 habitantes, sua densidade demográfica é de 9,04 hab./km², seus indicadores de desenvolvimento são baixos IDH-M 0,58. PIB R\$ 19.659,272 mil e o PIB per capita R\$ 2.482,23 e possui um clima tropical predominante no nordeste brasileiro (IBGE,2010).

O referido município é composto por 3 UBS e 4 ESF, no qual 2 UBS estão localizados na zona rural e 1 UBS na zona urbana, sendo esta última abrangendo 2 ESF. Com relação ao NASF, o município dispõe desse serviço através de uma equipe composta por: 1 psicólogo, 1 educador físico, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista e 1 terapeuta ocupacional. A ausência de um CEO, de um hospital, de uma maternidade e de CAPS no município, faz com que os casos de maior complexidade sejam encaminhados para o serviço de referência em outro município.

A estrutura física da UBS da Localidade Saco dos Polidórios é composta por: 03 consultórios (01 médico, 01 enfermeiro e 01 de odontologia devidamente climatizada; consultório odontológico equipado com cadeira e material utilizado pelo cirurgião dentista; recepção que consta de uma sala para acolhimento (contendo com armários para arquivar os prontuários das famílias que são separados de acordo com o ACS e por micro área), cadeiras confortáveis, filtro de água para os pacientes, banheiros; uma copa; uma sala para vacinas; uma sala de curativos e pequenos procedimentos e sala de observação, onde são colocados os pacientes que chegam

a UBS com problemas agudos de urgência. Existe uma placa de identificação de atendimento do SUS e de setores, promovendo a sensibilidade conforme preconiza a Constituição do Brasil de 1988 e a Lei 8.080/90.

Na citada UBS, atua 01 equipe de ESF, identificada como ESF 02 ou simplesmente ESF Saco dos Polidórios, na qual o elaborador do projeto de ação faz parte sendo um médico do Programa PROVAB, são ofertados atendimentos em atenção básica e alguns atendimentos de urgência para serem referenciados e transferidos para Piripiri-PI no qual existe um hospital regional (o único do município e que atende O Território dos Cocais - PI que abrange uma área de 17.780,40 Km² e é composto por 22 municípios: Barras, Batalha, Brasileira, Campo Largo do Piauí, Esperantina, Joaquim Pires, Joaquim Marques, Lagoa de São Francisco, Luzilândia, Madeiro, Matias Olímpio, Milton Brandão, Morro do Chapéu do Piauí, Pedro II, Piracuruca, Piripiri, Porto, São João da Fronteira, São João do Arraial, São José do Divino, Domingos Mourão e Nossa Senhora dos Remédios. A população total do território é de 374.139 habitantes, dos quais 173.593 vivem na área rural, o que corresponde a 46,40% do total (BRASIL, 2015). Vale citarmos que a instituição presta atendimento exclusivamente pelo SUS e mesmo com a ampliação recentemente da Pediatria, UTI e futuramente da maternidade, a oferta de vagas é inferior a demanda, surgindo aqui uma proposta para um futuro plano de ação contemplando a solução para melhorar a oferta de leitos no hospital(BRASIL,2010) e uma proposta seria o acolhimento e classificação de risco do estado geral dos pacientes atrelado a efetivação dos serviços de regulação médica e autorização de internação hospitalares, porem devemos considerar que muitos casos atendidos no hospital são potencialmente evitáveis através do atendimento primário na atenção básica, mas a não adesão ao tratamento por parte de alguns paciente favorece a persistência de filas e pacientes excedentes no âmbito hospitalar.

No que se refere à atenção especializada, dispõem de atendimentos dermatológicos pelo município, sendo as demais especialidades (cardiologia, obstetrícia, pediatria, ortopedia, urologia, psiquiatria, neurologia, ginecologia e cirurgia geral) referenciados para Piripiri-PI, ou são regulados para Teresina através da central de Regulação de consultas e exames do município e do Estado. Existe uma unidade mista, mas não possui um hospital e tão pouco os serviços do SAMU-192. Como já citado anteriormente não há disponibilidade de serviços hospitalar no município, sendo os casos de urgência e emergência encaminhados para municípios

próximos que dispõe de tal serviço. No que tange aos exames complementares, a grande maioria dos exames laboratoriais são realizados no município, contudo os exames de imagem são realizados no polo do Território dos Cocais. Mesmo com o esforço da equipe em prestar uma assistência de qualidade, os entraves que persistem em dificultar o tratamento de muitas doenças que acometem a população, quando se trata dos moradores da zona rural onde a indisponibilidade de recursos é maior, agrava mais a angústia do paciente em não poder realizar seu tratamento de forma eficaz, exigindo da equipe não apenas um domínio técnico sobre as patologias, mas o funcionamento da rede do SUS e demais serviços implantados de outras políticas públicas de forma a garantir não apenas a qualidade de vida na área mas também a cidadania plena para os moradores em seu território adstrito. .

No que diz respeito à população da área adstrita, são cadastradas 586 famílias e 1.698 habitantes. Com esses dados, percebe-se que ESF está de acordo com que o Ministério da Saúde preconiza, pois, apesar de ter apenas 07 agentes comunitários, cada um monitora em torno de 242 habitantes, valor bem abaixo do máximo aceito pelo ministério que é de 750 pessoas. Além disso, a população cadastrada no território é inferior ao que é aceito pelo Ministério da Saúde, que é no máximo entre 3.000 e 4.000 habitantes, conforme Portaria Nº 2.027/GM.MS, de 25 de agosto de 2011(BRASIL,2011).

Com relação à atenção aos hipertensos e diabéticos, os pacientes são atendidos em dias diferentes, sendo que o médico atende um grupo de hipertenso e diabético em um determinado mês e, no mês posterior, estes mesmos pacientes serão atendidos pelo enfermeiro. Mas ficam ofertados nos outros dias, vagas por livre demanda quando apresentar alguma complicação ou qualquer intercorrência, Os pacientes que aderiram ao tratamento realizam exames complementares periodicamente, recebem orientações quanto a mudanças nos hábitos de vida (tais como alimentação saudável, prática de exercícios físicos regulares, desencorajar o uso de álcool e tabagismo), já quanto aos negligentes com a própria saúde, há uma busca ativa dos faltosos e realização de palestras educativas acerca dos sinais e sintomas das doenças e suas complicações. Contudo, a ausência de protocolos para estratificação de risco cardiovascular dos pacientes, contribui para uma insatisfação na organização dos serviços. Na área, estão cadastrados 199 hipertensos e dados foram provenientes do SIAB (Sistema de Informação sobre Atenção Básica) e do registro do HIPERDIA. Dos hipertensos da área de cobertura, todos estão com os

exames complementares periódicos atualizados e são orientados sobre a prática de atividade física regular e sobre alimentação saudável. Porém identificamos 25 pacientes que não aderiram ao tratamento anti-hipertensivo correto. Esses dados mostram que a estimativa do número de hipertensos parece adequada a realidade do município, pois como a HAS acomete mais adultos com idade avançada (devido o diagnóstico tardio da doença) e a cidade apresenta grande quantidade jovens de meia-idade (20-40 anos), a quantidade de hipertensos mostra-se condizente com a realidade da população local, favorecendo de maneira positiva ao atendimento a esse grupo de pacientes, visto que, a cada 2 meses, o médico e o enfermeiro conseguem atender todos pacientes hipertensos através de atividades coletivas ou individuais. Sendo assim, o que poderia ser melhorado de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS seria executar o presente plano de ação, somado a estratificação com observância dos critérios de Framingham para pacientes hipertensos constando: estado geral, dados clínicos, laboratoriais e Anamnese do paciente, tais como idade, sexo, PA, tabagismo e etc.) e avaliação periódica da saúde bucal (SOUSA et al, 2013).

No que se refere aos diabéticos, estão cadastrados, e assim como os hipertensos, existem um acompanhamento sistemático e estão com os exames complementares periódicos atualizados, são orientados sobre a prática de atividade física regular e sobre alimentação saudável. Esses dados, que são bem semelhantes aos dos hipertensos, até mesmo a notória presença de pacientes que ainda não aderiram 100% ao tratamento necessitando de um acompanhamento mais rigoroso com maior número de visitas da equipe e de forma individual dos ACS. Mas mesmo existindo uma correlação entre HAS e DM, no diagnóstico da área adstrita mostra que a estimativa do número de prevalência de DM bem inferior ao da HAS e, que a DM acomete mais adultos com idade avançada (devido o diagnóstico tardio da doença). E do mesmo modo dos HAS é ofertado o atendimento para os pacientes diabéticos. Sendo assim, o que poderia ser melhorado de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à DM seria a execução do presente plano, viavelmente exequível contemplando a problemática da HAS e da DM.

Quanto à saúde do idoso, é realizado acompanhamento todos os dias durante atendimento da equipe, tanto pelo enfermeiro como pelo médico, sobre livre demanda. Contudo, no dia do atendimento para hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), tem-se um maior volume deste grupo, e durante ao atendimento é realizado uma atividade de

educação em saúde com apresentação dos alimentos saudável. Além disso, a ESF disponibiliza atendimentos de problemas agudos e, para aqueles idosos com dificuldade de locomoção ou acamados, realiza visita domiciliar uma vez por semana (não tem dia fixo, é conforme a necessidade e demanda apontada, sendo realizada no turno da manhã). Durante os atendimentos, a ESF solicita exames de rotina, orienta a respeito dos hábitos de vida saudáveis (tais como, alimentação balanceada e prática de exercícios físicos), sobre a importância das campanhas de vacinação, saúde bucal e do NASF se necessário. Os dados relacionados aos idosos foram obtidos através dos dados provenientes do SIAB (Sistema de Informação sobre Atenção Básica), do registro do HIPERDIA e das cadernetas de saúde dos idosos. Estão com avaliação da saúde bucal em dia e todos os idosos são orientados sobre a prática de atividade física regular (caminhada e dança). Entretanto, aos idosos é preciso de uma avaliação dos riscos de morbimortalidade e investigado indicadores de fragilização senil. Muitos buscam o atendimento sem o cuidador (notória ausência dessa função por parte das famílias em alguns casos) e na angústia de ser diagnosticado algo grave o idoso acaba se esquecendo de referir suas queixas. Necessitando de uma consulta diferenciada e mais minuciosa, onde o profissional deve efetivar o elo com o paciente e este se sentir mais seguro e confortável para expor todas suas queixas. Uma forma de melhor contemplar esse vínculo é durante as atividades de Educação em Saúde. Pois na coletividade e com presença de mais gente conhecida o indivíduo sente-se mais seguro e ao se familiarizar com a equipe, o sentimento de confiança se tornará constante em outros momentos, até mesmo para se identificar abandono ou violência contra a pessoa idosa.

Para a realidade do município, a quantidade de idosos da área atendida pela UBS supera a estimativa. Mesmo com esse “excesso” de idosos, a ESF consegue atender o grupo senil sempre quando eles necessitam de atendimento médico, promovendo, assim, uma cobertura eficiente para idosos. Porém mesmo o perfil dos indivíduos do território adstrito ser mais participativos nos serviços de saúde que a maioria dos indivíduos mais jovens, a equipe foca a atenção aos que não conseguem constantemente ter acesso aos serviços, seja por acessibilidade (residência longe da UBS e falta de transportes) ou por limitação no leito (acamados), bem como aos resistentes ao tratamento, sendo esta a maior barreira para o eficiente desempenho da equipe.

Atrelado as barreiras para executar um desempenho eficiente a equipe percebeu a resistência na adesão de 25 pacientes hipertensos (13% dos cadastrados) ao tratamento com medicação anti-hipertensiva, pois observamos que a terapia convencional com a prática de administração de dose máxima em mono dose (Captopril 25mg. 03xdia) torna-se ineficaz a este grupo de indivíduos e aos que apresentam um quadro hipertensivo descompensado, pois justificam a não adesão ao tratamento o desconforto de se medicar várias vezes, pouca adesão ao tratamento por parte dos pacientes, acreditando que estavam melhor diminuam as doses dos remédios, paravam de tomar por achar que estavam curados ou simplesmente diminuam a dose por achar que estavam tomando muitos comprimidos até mesmo com medo de ficar “viciado” com remédios. Assim, buscamos na elaboração do presente projeto de ação, denominado ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM PARA MELHORAR A ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO ANTIHIPERTENSIVO NA UBS DE BRASILEIRA-PI, aprimorar as ações de saúde na localidade Saco dos Polidorios, zona rural do município de Brasileira-PI, intensificando as ações de educação em saúde e com implantação de terapia medicamentosa com alternativas de uso de multidrogas (losartana 01xdia associado com anlodipino 01xdia) e (anlodipino 01xdia associado com atenolol 01xdia) com ênfase em atividades de Educação em Saúde contribuindo na promoção de saúde e evitando danos ao paciente acometido por HAS (KOHLMANN et al, 2015).

A HAS é um importante problema de saúde pública que vem passando por grandes transformações nas últimas décadas, tanto na ordem política pública como na prática de cuidados de forma geral. Doença que afeta grande parte da população brasileira e mundial. Problema este que implica na busca da compreensão das dificuldades: econômicas, psicossocial e cultural. E entender estas dificuldades torna-se muito importante para poder abordar melhor cada paciente no seu respectivo tratamento (SILVA, 2010).

Portanto na equipe da ESF da localidade Saco dos Polidorios, localizada a 68 Km de distância da sede do município, no atendimento médico, o profissional desenvolve uma assistência de forma a inserir cada vez mais o paciente no ato de se cuidar, porém as dificuldades a serem superadas como espaço adequado para consultas, dispensação de medicamentos conforme as necessidades do paciente e a realização de exames complementares torna-se uma realidade a ser superada entretanto não o impede de realizar suas atividades.

Além da precária infra-estrutura, a comunidade do território adstrito, é de baixa renda, a maioria dos tratamentos de saúde é realizada pela ofertada do SUS, ficando uma mínima parcela que busca a rede privada, basicamente sobrevivem da agricultura familiar, da transferência de renda do Programa Bolsa Família, do requerimento de Benefício de Prestação Continuada – BPC para pessoas com deficiência ou para o indivíduo Idoso (Lei 8.742, de 07 de dezembro de 1993) e ainda com o recuso do aposento do Trabalhador Rural, cujo benefício assistencial contribui não apenas no conforto, mas na alimentação, na aquisição de medicamentos quando ausentes na lista de medicamentos disponível na atenção básica ou na lista de medicamentos excepcional do SUS e outros serviços de saúde não disponíveis na localidade, como atendimento psiquiátrico (ofertado no CAPS II e CAPS ad) e quanto a deficiência intelectual as crianças são acompanhadas na APAE (as três instituições citadas são do município de Piripiri).

A equipe desenvolve ações como vigilância epidemiologia, cadastramentos de famílias, visitas domiciliares, ações de educação em saúde, saúde da mulher, saúde do homem, saúde do idoso, reunião de planejamento da equipe, consulta básica, pré-natal, puericultura, solicitação de exames de baixa, média e alta complexidade, referência pacientes para outros serviços como o NASF e o CEO. Porém ainda existe o resquício da prática hospitalocêntrica que não atende mais as mudanças que ocorrem no sistema de saúde brasileiro e às necessidades de saúde das pessoas. Assim, a ESF insiste em abordar uma nova maneira de trabalhar a saúde da população com implantação de multidrogas no tratamento anti-hipertensivo, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, trazendo um novo olhar no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (ROSA; LABATE.2005).

A proposta de atuação da equipe é atuar através de um modelo de atenção no qual entende-se que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico (ROSA; LABATE.2005). Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura da conjuntura epidemiológica e de um planejamento sobre o viver saudável.

Segundo Rosa e Labate (2005) o viver saudável perpassa por vários contextos onde a equipe busca identificar o perfil epidemiológico do território e

principalmente dos pacientes. E na observância do perfil dos pacientes é que se buscou a realização do presente projeto de ação, visando contribuir com os objetivos aqui já apontados. Haja vista que os recursos materiais são escassos e por tanto buscamos a qualificação profissional e a parceria com a família e a comunidade como relevantes estratégias de abordagem para melhorar a adesão do paciente ao tratamento anti hipertensivo na UBS de Brasileira-PI, haja vista já são disponível os recursos humanos, o custo para a realização será mínima, porém o impacto na qualidade de vida da população será notória não apenas na comunidade mas também nos demais serviços com a demanda diminuída e uma população mais saudável.

3. JUSTIFICATIVA

No Brasil, 35%da população acima de 40 anos é portadora de hipertensão arterial, assim são 17 milhões de pessoas com essa doença . A população acometida pela doença, segundo o perfil epidemiológico apresentado pelo Ministério da Saúde é aquela ainda economicamente produtiva. E esse número vem crescendo; seu aparecimento tem sido cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras (BRASIL, 2006)

Tratando-se da Saúde do Idoso estima-se que pelo menos 65% dos idosos brasileiros são hipertensos. A maioria apresenta elevação isolada ou predominante da pressão sistólica, aumentando a pressão de pulso, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares (SCHERR, 2009).

Quanto ao tratamento, existem duas abordagens terapêuticas comumente utilizadas para a hipertensão arterial: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida: perda de peso, incentivo às atividades físicas e alimentação saudável. Em quanto que o tratamento medicamentoso consiste em uso da terapia medicamentosa através de acompanhamento médico e outros profissionais basicamente em mono dose (BRASIL, 2006). Sendo que essa prática poderá apresentar efeitos adversos e uma barreira cultural resistente ao uso de fármacos.

Conforme textualizado no caderno de Atenção Básica, Nº07, do Ministério da Saúde para que haja uma abordagem adequada ao paciente portador de hipertensão arterial devem ser considerados, além dos fatores de risco, os fatores socioeconômicos, o grau de instrução, a atividade laboral que realiza, suas

angustias frente à doença, os conhecimentos que possui sobre a HAS, o estilo de vida, as experiências anteriores com a doença, a percepção da seriedade do problema, a complexidade do tratamento, os efeitos colaterais dos medicamentos e a percepção social do problema (BRASIL, 2001).

E partindo destas considerações a equipe poderá obter:

1. Uma abordagem adequada ao paciente com HAS;
2. Utilização com eficiência dos recursos disponíveis;
3. Tratamento multiprofissional, com equipe melhor treinada;
4. Termos melhor controle na eficácia do tratamento anti-hipertensivo;
5. E melhor estratégia para pacientes com pouca adesão.

AHAS como já citado anteriormente é uma patologia crônica relacionada ao sistema cardiovascular e atrelado a uma série de fatores de riscos que podem culminar em prejuízos para o indivíduo sobre o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral. Com observância que muitos destes pacientes com HAS desenvolvem no decorrer de sua vida algumas dessas complicações e por ser uma patologia muitas vezes silenciosa, faz com que o indivíduo se descuide e pare de tomar a medicação, deixe de fazer a dieta hipossódica e até a atividade física recomendada. Isso aumenta e muito o risco de progredir para as citadas complicações. Tendo em vista o número considerável de paciente com HAS e, sobretudo aqueles com fatores de risco atrelados a doença e que buscassem efetivar as ações que otimizem o tratamento do paciente e que melhore a expectativa de vida do mesmo, mediante hábitos de vida saudáveis conjugado ao acompanhamento frequente interdisciplinar e controle diário da pressão arterial.

Mesmo com o esforço da equipe em prestar uma assistência de qualidade, existem entraves que persistem em dificultar o tratamento de muitas doenças que acometem a população, e quando se trata dos moradores da zona rural onde a indisponibilidade de recursos é maior, agrava mais a angustia do paciente em não poder realizar seu tratamento de forma eficaz.

Atrelado as barreiras para executar um desempenho eficiente a equipe Percebeu a resistência na adesão de 25 pacientes hipertensos (13% dos cadastrados) ao correto tratamento anti hipertensivo, assim busca na elaboração do presente projeto de ação, denominado **ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM PARA MELHORAR A ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO ANTIHIPERTENSIVO NA UBS DE BRASILEIRA-PI**, aprimorar as ações de saúde na localidade Saco dos Polidorios no

município de Brasileira-PI, contribuindo na promoção de saúde e evitando danos ao paciente acometido por HAS.

Assim, a ESF insiste em abordar com nova maneira de trabalhar a saúde da população, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, trazendo um novo olhar no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (ROSA; LABATE.2005). Isso é perfeitamente viável através da Educação em Saúde.

A proposta de atuação da equipe é atuar através de um modelo de atenção no qual entende-se que estabelecendo intermediações entre o técnico e o político com uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico (ROSA; LABATE.2005). Buscando a tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura da conjuntura epidemiológica e de um planejamento sobre o viver saudável promover a adesão de pacientes resistentes ao tratamento anti-hipertensivo, oferecendo as vantagens e opções alternativas de um tratamento correto que somente resultará benefícios para o organismo.

Segundo Rosa e Labate (2005) o viver saudável perpassa por vários contextos onde a equipe busca identificar o perfil epidemiológico do território e principalmente dos pacientes. E na observância do perfil dos pacientes é que se buscou a realização do presente projeto de ação, visando contribuir com os objetivos aqui já apontados. Haja vista que os recursos materiais são escassos e por tanto buscamos a qualificação profissional e a parceria com a família e a comunidade como relevantes estratégias de abordagem para melhorar a adesão do paciente ao tratamento anti-hipertensivo na UBS de Brasileira-PI, haja vista que já são disponíveis os recursos humanos e o custo para a realização será mínima, porém o impacto na qualidade de vida da população será notória não apenas na comunidade mas também nos demais serviços com a demanda diminuída e uma população mais saudável.

4. OBJETIVOS

4.1 GERAL

- Implantar estratégias que possam melhorar a adesão do paciente hipertenso ao tratamento anti-hipertensivo na Unidade Básica de Saúde da zona rural, na localidade Saco dos Polidórios, no município de Brasileira, Estado do Piauí.

4.2 ESPECÍFICOS

- Realizar ações de educação em saúde e visita domiciliar pela Equipe de Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde) de forma mensal ou semanal conforme a necessidade, a fim de buscar o paciente hipertenso faltoso e resistente ao tratamento anti-hipertensivo.
- Capacitar os agentes Comunitários de Saúde através de reuniões mensais com orientações acerca dos prejuízos da hipertensão arterial para a saúde da paciente, preparando-os para captar os hipertensos faltosos para a realização de pelo menos uma consulta mensal pelo médico ou qualquer outro profissional da equipe de acordo com a necessidade.
- Fazer o aprazamento das consultas do hipertenso de forma mensal, bem como garantir a entrega dos medicamentos com as devidas orientações, a fim de promover uma melhor qualidade de vida ao paciente e favorecendo assim o aumento do vínculo entre paciente hipertenso e Equipe de Saúde da Família.
- Apresentar aos gestores municipais os benefícios do uso de associação de medicações sugerindo a implantação de outros fármacos na lista de medicações da atenção básica.

5.METAS

- Aumentar em pelo menos 80% a adesão dos pacientes faltosos e resistentes ao tratamento anti-hipertensivo, sendo um trabalho desenvolvido pela Equipe de Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde), cada um dentro de suas competências, buscando estratégias para trazer o paciente à Unidade Básica de Saúde.
- Melhorar a adesão do paciente hipertenso resistente ao tratamento baseado em modificações do estilo de vida (atividades complementares como alimentação saudável e prática de atividade física).

6. METODOLOGIA

6.1 Cenário de Intervenção

O espaço onde será desenvolvido o projeto de intervenção é na Estratégia Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde da zona rural, na localidade Saco dos Polidorios, no município de Brasileira no Estado do Piauí. E como ação serão realizadas:

- Ações de educação em saúde e visita domiciliar pela Equipe de Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde) de forma mensal ou semanal conforme a necessidade, a fim de buscar o paciente hipertenso faltoso e resistente ao tratamento anti-hipertensivo.
- Capacitação dos agentes Comunitários de Saúde através de reuniões mensais com orientações acerca dos prejuízos da hipertensão arterial para a saúde da paciente, preparando-os para captar os hipertensos faltosos para a realização de pelo menos uma consulta mensal pelo médico ou qualquer outro profissional da equipe de acordo com a necessidade.
- Intensificação do aprazamento das consultas do hipertenso de forma mensal, bem como garantir a entrega dos medicamentos com as devidas orientações, a fim de promover uma melhor qualidade de vida ao paciente e favorecendo

assim o aumento do vínculo entre paciente hipertenso e Equipe de Saúde da Família.

- Apresentação aos gestores municipais do plano de ação focando os benefícios do uso de associação de medicações sugerindo a implantação de outros fármacos na lista de medicações da atenção básica.

6.2 Sujeitos da Intervenção

A população alvo a participar da intervenção serão 25 pacientes hipertensos que fazem parte da área adstrita da Estratégia de Saúde da Família, da localidade Saco dos Polidorios as que são resistentes ao tratamento anti-hipertensivo.

6.3 Atividades Propostas

- Fazer o levantamento e busca ativa dos hipertensos resistentes ao tratamento anti-hipertensivo da comunidade Saco dos Polidorios;
- Capacitação do Agente Comunitário de Saúde, sendo uma reunião mensal com as orientações adequadas sobre os riscos da hipertensão arterial, a fim de captar com frequência os hipertensos faltosos e resistentes ao tratamento anti-hipertensivo;
- Garantia de pelo menos um atendimento mensal do hipertenso resistente pelo médico ou qualquer outro profissional da Equipe Saúde da Família, conforme a necessidade, a fim de que se possa avaliar a saúde do paciente, evitando futuras complicações como: AVC, infartos ou outras doenças cardiovasculares, indicando um tratamento reforçado com terapias complementares (atividades físicas, dietas, formação de grupos de indivíduos acometidos pela doença);
- Realização atividades Educativas de Saúde como: palestras com distribuição de folders educativos, apresentação de comidas saudáveis, recreação com distribuição de brindes, dentre outras, pelo menos duas vezes no mês, para promover a saúde e o bem-estar do paciente hipertenso, além de trazê-lo para

Ação de educação em saúde				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação do plano de ação			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentação dos resultados aos gestores municipais														X

8. IMPACTOS GERADOS

Sabendo que a Hipertensão arterial é uma patologia crônica que pode deixar sequelas diversas nos pacientes, principalmente oriundas de AVC, infartos ou outras doenças cardiovasculares; o impacto a ser gerado que se pretende com o trabalho é aumentar em pelo menos 80% a adesão dos hipertensos que são resistentes ao tratamento na localidade Saco dos Polidorios. Contribuindo com a redução de danos de 25 pacientes com sequelas decorrentes da HAS descompensada e da necessidade de uma intensificação nas ações de Educação em Saúde focado de um trabalho intenso que ajude a modificar esses números. Portanto, em se fazendo essas atividades pode-se reduzir bruscamente a resistência do paciente, além de melhorar a adesão do mesmo ao tratamento adequado e promover com a qualidade de vida do público alvo e seus familiares.

Outro impacto esperado é a diminuição no quadro excedente do pronto socorro do hospital de referência, uma vez que a maioria dos pacientes atendidos apresentam um quadro clínico potencialmente evitável no atendimento primário na atenção básica.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do impacto a ser gerado pelo projeto em questão, a proposta de atuação da Equipe de Saúde da Família é atuar através de um modelo de atenção primária onde o atendimento ao hipertenso resistente deve ser de pelo menos uma vez no mês, visto que através do impacto se pretende alcançar a redução de 80% desta resistência. Haja vista que a Hipertensão Arterial Sistêmica é um grave problema de saúde pública onde o paciente deve ter um acompanhamento eficaz, dando condições através do atendimento na Unidade Básica de Saúde da Família pela Equipe de Saúde da Família com ênfase na Educação em Saúde a qual pode ser aplicada tanto na capacitação dos profissionais como no autocuidado do paciente. Além da referida estratégia, também focamos as ações, através da garantia da dispensação do medicamento eficaz para o tratamento do hipertenso. Dentre as atividades propostas pelo projeto, tem-se a Educação em saúde, através de palestras, a capacitação dos agentes comunitários de saúde para a captação do hipertenso faltoso, a introdução pelo profissional médico, de outras medicações no tratamento anti-hipertensivo, a fim de favorecer uma nova estratégia para obtenção de bons resultados. É também de extrema importância que se faça o levantamento dos hipertensos resistentes para se trabalhar com mais segurança as causas dessa resistência, Com a conquista da confiança do paciente, o mesmo encontrará na equipe de saúde profissionais comprometido e que através de suas ações proporcionar uma qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. ArqBrasCardiol 2006; Fev:1-48

_____. Documento do Banco Mundial. Enfrentando o desafio das doenças não-transmissíveis no Brasil. **Relatório No 32576-BR**. 15 de novembro de 2005. Brasil. **IBGE/Índice de Desenvolvimento de Brasileira-PI**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. acessado em 13 de out. de 2015.

_____. **Constituição Federa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.lbd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/.../constituicao_federal_35ed.pdf>. Acessado em: 15 de out. de 2015.

_____. **Lei Nº 8.080/93**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. acessado em: 15 de out. de 2015.

_____. **Cocais.Território da Cidadania**. disponível em: <<http://www.territoriosdacidadania.gov.br> > Territórios da Cidadania > Cocais – PI>. acessado em 13 de out. de 2015.

_____. **PortariaNº 2.027/GM.MS, de 25 de agosto de 2011**. Disponível em: <http://vsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2027_25_08_2011.html> acessado em: 04 de Nov. de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro** / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. **História de Brasileira-PI**. Disponível em: <<http://www.cidadesdomeubrasil.com.br>> Acessado em: 13 de out. de 2015.

_____. **Lei Nº 8.742 de 07 de Dezembro de 1993**. Acessado em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm> acessado em: 15 de out de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno Nº 07**. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo 1 Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRANDÃO, Andréa A.; MAGALHÃES, Maria Eliane Campos; ÁVILA, Adriana; TAVARES, Agostinho; MACHADO, Carlos Alberto; CAMPANA, Érika Maria Gonçalves; LESSA Ines; KRIEGER, José Eduardo; SCALA, Luiz Cesar; NEVES, Mario Fritsch; SILVA, Rita de Cássia Geng; SAMPAIO Rosa. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **J. Bras. Nefrol.** vol.32 supl.1 São Paulo. Set. 2010.

KOHLMANN, Osvaldo Jr; GUS, Miguel; RIBEIRO, Artur Beltrame; VIANNA, Denizar; COELHO, Eduardo B.; BARBOSA, Eduardo; ALMEIDA, Fernando Antonio; FEITOSA, Gilson; MORENO, Heitor; GUIMARÃES, Jorge Ilha; RIBEIRO, Jorge Pinto; RAMIREZ, José Antonio Franchini; VILELA, José Fernando; SANTOS, Robson Augusto S. dos. Tratamento medicamentoso. **J. Bras. Nefrol.** vol.32 supl.1 São Paulo Set. 2010.

MALTA, DC; MOURA L; SOUZA FM; ROCHA FM, FERNANDES FM. **Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006** em Saúde Brasil 2008. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. Pág 337-362.

RD, Miranda, Perrotti TC, Bellinazzi VR, Nóbrega TM, Cendoroglo MS, Toniolo Neto J. **Revista Brasileira Hipertensão vol9 (3):** julho/setembro de 2002.

ROSA. Walisete de Almeida Godinho; LABATE. Renata Curi; Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.13 no.6** Ribeirão Preto Nov./Dec. 2005.

SILVA, Maria Enoia Dantas da Costa e . **Representações Sociais da Hipertensão Arterial Elaboradas por Portadores e Profissionais de saúde [manuscrito]: uma contribuição para a enfermagem.** Dissertação (mestrado). Programa de pós-graduação Mestrado em Enfermagem da universidade Federal do Piauí, 2010.

SOUSA, Alessandra Gaspar; CARVALHO, Carolina Abreu de; FONSÊCA, Poliana Cristina de Almeida; MACHADO, Soraia Pinheiro. Perfil Sociodemográfico e Nutricional de Servidores em Período de Pré-Aposentadoria. Sociodemographic and nutritional profile of public servants in the pre-retirement period. **Revista de Pesquisa em Saúde, periódico biomédico de divulgação científica Universitário da UFMA, v.1, n.3,** São Luís, 2011.

SCHERR C, Ribeiro JP. **Gênero, Idade, Nível Social e Fatores de risco cardiovascular: considerações sobre a realidade brasileira.** Arq. Bras. Cardiol. 2009.

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. A utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Pública, v. 11, n. 5/6,** 2002.

WHELTON, S. P.; CHIN, A.; XIN, X.; HE, J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. **Annals of Internal Medicine, v. 136, n. 7,** p. 493-503, 2002.