

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

María Emilia Giralt Fernández

**Baixa adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com Hipertensão
Arterial Sistêmica. UAPS Bairro Industrial, Juiz de Fora, MG:
Proposta de intervenção.**

Juiz de Fora. Minas Gerais

2016

María Emilia Giralt Fernández

**Baixa adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com Hipertensão
Arterial Sistêmica. UAPS Bairro Industrial, Juiz de Fora, MG:**

Proposta de intervenção.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

Juiz de Fora. Minas Gerais

2016

María Emilia Giralt Fernández

**Baixa adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com Hipertensão
Arterial Sistêmica. UAPS Bairro Industrial, Juiz de Fora, MG:
Proposta de intervenção.**

Banca examinadora

Examinador 1 : Prof. Heriberto Fiuza Sanchez (orientador)

Examinador 2 : Profa. Fernanda Magalhães Duarte Rocha (examinadora)

Aprovado em Belo Horizonte/MG, de de 2016.

RESUMO

A Saúde da Família é definida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial de saúde no Brasil, que possui como diretriz a adstrição da clientela, visita domiciliar, cadastramento, trabalha em equipe, caráter substitutivo, entre outros. Na área de abrangência da ESF há 522 hipertensos cadastrados no HIPERDIA, o que representa 13.04% da população local, baseado nos registros de equipe e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Dos 522 pacientes hipertensos cadastrados no Programa HIPERDIA, apenas 307 (58.81%) mantem adesão ao tratamento farmacológico. Baseado nisto, a Equipe de Saúde da Família de Bairro Industrial compreendeu a necessidade existente de desenvolver uma proposta de intervenção para modificar a situação vivenciada no PSF. Tendo como objetivo, elaborar um projeto de intervenção para a melhoria da adesão ao tratamento farmacológico de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Bairro Industrial, Município Juiz de Fora. Foi feita uma estimativa rápida, revisão de literatura e elaboração da proposta de intervenção. Espera-se que este plano tenha a capacidade de influenciar no comportamento dos pacientes, melhorar os indicadores de adesão farmacológica e, conseqüentemente melhorar a qualidade de vida e de saúde dessa população.

Palavras chave: Hipertensão. Fatores de risco da HAS. Consequência da HAS Crônica. Promoção e prevenção da HAS. Equipe do PSF.

ABSTRACT

The Family Health is defined as a reorientation of the health care model strategy in Brazil, which has as a guideline the periodic penalty payment of customers, home visits, registration, work in a team, substitutive character, among others. In the FHS coverage area there are 522 registered in hypertensive HIPERDIA, representing 04.13% of the local population, based on team records and Information System (SIAB). Of the 522 registered hypertensive patients in HIPERDIA program, only 307 (58.81%) maintain adherence to pharmacological treatment. Based on this, the Family Health Team of Bairro Industrial understood the existing need to develop an intervention proposal to change the situation experienced in the FHP. Aiming to draw up an intervention project to improve the pharmacological treatment of users with Hypertension in the area covered by the Health Team Family Industrial District, Juiz de Fora city. It is expected that this plane has the ability to influence the behavior of the patients, improve drug compliance indicators and consequently improve the quality of life and health of that population.

Key words: Hypertension. Risk factors of Hypertension. Consequence of chronic Hypertension. Promotion and prevention of Hypertension. FHP team.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVO.....	18
4 METODOLOGIA.....	19
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) teve suas origens com a instituição do programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em 1991 no Estado do Ceará. Esta experiência exitosa favoreceu o processo de descentralização e regionalização no âmbito do Sistema Único de Saúde, tornando-se, em 1991, uma política oficial do Ministério da Saúde. A partir de experiências de países como Cuba, Canadá e Inglaterra, cria-se, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009).

A Saúde da Família é definida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial de saúde no Brasil, que possui como diretriz a adstrição da clientela, visita domiciliar, cadastramento, trabalha em equipe, caráter substitutivo, entre outros. É operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Na Estratégia Saúde da Família a atenção básica é considerada a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, sendo garantido o direito de acesso e de atendimento integral, em uma rede regionalizada e hierarquizada (FARIA et al, 2008).

As abordagens desse território pelas equipes de saúde, deve se dar através da realização do diagnóstico situacional de saúde. Nesse diagnóstico são identificados perfis de morbimortalidade da área de abrangência, como seus aspectos demográficos, os riscos e vulnerabilidades epidemiológicos e nos contextos sociais, mas em especial, devem-se considerar as potencialidades existentes na comunidade, e suas singularidades no modo de levar a vida e manutenção da saúde (KAWATA et al, 2009; FERNANDES et al, 2009; COSTA et al, 2009; FARIA et al, 2008).

O Programa Mais Médicos iniciou-se em agosto de 2013, dado à necessidade de médicos da família nas comunidades, tendo como um dos principais objetivos levar assistência medica para toda a população no Brasil, sobretudo para possibilitar atenção medica à população mais carente.

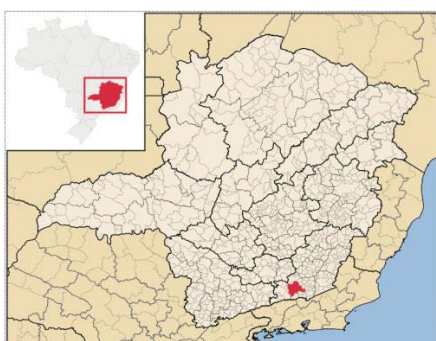
O município de Juiz de Fora: localização, aspectos demográficos, socioeconômicos e de saúde.

Localização do município: encontra-se localizado ao sudeste de Belo Horizonte, capital do estado Minas Gerais. Limita-se ao norte com Ewbank da Câmara e Santos Dumont; a nordeste, Piau e Coronel Pacheco; a leste Chácara; a sudeste Pequeri e Santana do Deserto; ao sul Matias Barbosa e Belmiro Braga; a sudoeste, Santa Bárbara de Monte Verde; a oeste Lima Duarte e Pedro Teixeira; a noroeste, Bias Fortes e Santos Dumont e ainda faz limite a sudeste com o Sul Fluminense.(IBGE)

População: 516.247 Habitantes.

As figuras 1 e 2 trazem respectivamente a localização do município no estado de Minas Gerais e a divisão do município em suas regiões administrativas:

Figura 1: localização do município de Juiz de Fora, em Minas Gerais:



Fonte: IBGE

Figura 2: Divisão do município em divisões administrativas:



Fonte: Atlas Social de Juiz de Fora

Histórico de criação do município.

As origens de Juiz de Fora remontam a época do Ciclo do Ouro, portanto confundem-se com a história de Minas Gerais. Devido à dificuldade de acesso à região do atual município, o lugar permaneceu praticamente intocado até o século XIX. A Zona da Mata, então habitada apenas pelos índios puris e coroados, foi desbravada com a abertura do Caminho Novo, estrada construída em 1707 para o transporte do ouro da região de Vila Rica (Ouro Preto) até o porto do Rio de Janeiro. Diversos povoados surgiram às margens do Caminho Novo estimulados pelo movimento das tropas que ali transitavam, entre eles, o arraial de Santo Antônio do Paraibuna povoado por volta de 1713.

A vila de Santo Antônio do Paraibuna surgiu no início do século XIX devido à ocupação por famílias de fazendeiros e colonos vindas da região aurífera (Ouro Preto e Mariana), e posteriormente da região das Vertentes (Barbacena e São João del-Rei). O município de Santo Antônio do Paraibuna desmembrou-se de Barbacena em 31 de maio de 1850, e elevado a Cidade do Paraibuna em 1856.^{21 22} Em 1865 a Cidade do Paraibuna passa a se chamar Juiz de Fora. O curioso nome de Juiz de Fora gera muitas dúvidas quanto à sua origem. O juiz de fora era um magistrado nomeado pela Coroa Portuguesa para atuar onde não havia juiz de direito. A versão mais aceita pela historiografia admite que um desses magistrados hospedou-se por pouco tempo em uma fazenda da região, passando esta a ser conhecida como a Sesmaria do Juiz de Fora. Mais tarde, próximo a ela, surgiria o povoado. A identidade exata e a atuação dessa personagem na história local ainda são polêmicas.

É referência em saúde e educação, possuindo uma rede de assistência à saúde bem equipada, e várias instituições de ensino superior, dentre elas a Universidade Federal de Juiz de Fora, uma das melhores do país.

Na área de saúde, há que se ressaltar os seguintes fatos históricos:

1991 – Assinatura do Convênio de Descentralização Administrativa entre a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e a Prefeitura de Juiz de Fora.

1993 – Habilitação do Município na Condição de Gestão Parcial (NOB/93).

1995 – Habilitação do Município na Condição de Gestão Semi-Plena (NOB/93).

1998 – Habilitação do Município na Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (NOB/96).

2002 – Habilitação do Município na Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (NOAS/2002).

Aspectos geográficos

A área do município é de 1 437 km², representando 0,245% do território mineiro, 0,1554% da área da região Sudeste do Brasil e 0,0169% de todo o território brasileiro. Desse total 317,74 km² estão em perímetro urbano. É ainda o município mais extenso da Zona da Mata, apresentando uma densidade populacional de 359,59 habitantes por km². A cidade possui 200720 domicílios, entre apartamentos, casas, e cômodos. Desse total, 142168 são imóveis próprios (70,8%).

Aspectos socioeconômicos.

Índice de Desenvolvimento Humano

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Juiz de Fora é 0,778, em 2013. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799), ocupando a 5^o posição no ranking dos municípios de Minas Gerais, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,117), seguida por Longevidade e por Renda. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi a Educação (com crescimento de 0,174), seguida por Longevidade e por Renda.

Renda média familiar.

A renda per capita média de Juiz de Fora cresceu 72,85% nas últimas duas décadas, passando de R\$607,97 em 1991 para R\$828,93 em 2000 e R\$1.050,88 em 2013. A taxa média anual de crescimento foi de 36,34% no primeiro período e 26,78% 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 5,06% em 1991 para 2,31% em 2000 e

para 0,88% em 2013. O Índice de Gini ficou praticamente o mesmo de 1991 a 2013.

Abastecimento de água tratada e recolhimento de esgoto por rede público.

O município conta com água tratada, energia elétrica, esgoto, limpeza urbana, telefonia fixa e telefonia celular. O 95,30% dos domicílios são atendidos pela rede geral de abastecimento de água, 97,05% das moradias possuem coleta de lixo e 93,69% das residências possuem escoadouro sanitário. Seu Índice de Gini é de 0,41.

Principais atividades econômicas.

Atualmente, Juiz de Fora é um importante polo industrial, cultural e de serviços, principalmente para a Zona da Mata Mineira e municípios limítrofes do Rio de Janeiro. Destaca-se na fabricação de alimentos, bebidas, produtos têxteis, artigos de vestuário, mobiliário, metalurgia, montagem de veículos e na comercialização destes e de outros produtos. Segundo a Fundação Getúlio Vargas (FGV) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Juiz de Fora é a quarta cidade em população e a quinta maior economia do Estado de Minas Gerais e está entre as 100 cidades brasileiras com as melhores condições para investimentos

Aspetos demográficos

A tabela 1 traz a caracterização da população do município de Juiz de Fora, segundo a faixa etária e distribuição em área urbana e rural:

Tabela 1. Distribuição da população segundo fase etária. Juiz de Fora. 2010.

Faixa etária	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	26-39	40-59	60e +	Total
Área urbana	6195	21475	30531	36099	40618	44353	123469	142755	70443	510361
Área rural	56	399	382	697	484	476	970	1451	941	5886
Total	6251	21874	30913	36796	41102	44829	124439	144206	71384	516247

Taxa de crescimento anual:

Densidade demográfica: 359,59 habitantes por km².

Taxa de escolarização: 64,06%.

Proporção de moradores abaixo a linha de pobreza: uma de a cada 66 pessoas do município vive em extrema pobreza. Um detalhamento dessa situação é exposto na tabela 2:

Tabela 2. Distribuição da população segundo índices de pobreza Juiz de Fora 1991-2010.

	1991	2000	2013
Renda per capita	607,97	828,93	1050,88
% de extremadamente pobre	5,04	2,31	5,48
% de pobres	18,92	10,66	5,48
Índice de Gini	0,57	0,57	0,56

Fontes: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Índice de desenvolvimento de educação básica.

O IDHM Educação indica a situação da educação entre a população em idade escolar do município. É composto pela proporção de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos. Em Juiz de Fora, entre 2000-2013, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental cresceu 22,44%; de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 15,32% e de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 30,97%.

Em 2013, 64,06% dos alunos entre 6 e 14 anos de Juiz de Fora estavam cursando o ensino fundamental regular na série correta para a idade; 1,69% das crianças de 6 a 14 anos não frequentavam a escola, percentual que, entre os jovens de 15 a 17 anos atingia 11,74%. Entre os alunos de 18 a 24 anos, 25,28% estavam cursando o ensino superior. Em 2010, 64,97% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 47,99% o ensino médio.

Segundo o IBGE, em 2011, estavam matriculados 11.088 alunos na pré-escola; 64.749 frequentando o ensino fundamental e 20.584 no ensino médio.

Sistema Local de saúde.

A População usuária (%) da assistência à saúde no SUS é de 268.133 (51,93%).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi constituído em 1992, Lei 8.076, de 11 de maio de 1992, com Regimento Interno aprovado e em vigor. No CMS se representa o governo, as instituições prestadoras dos serviços de saúde e as entidades representativas dos profissionais de saúde e os usuários. As reuniões são realizadas com uma frequência mensal.

Caracterização do território / área de abrangência

A Unidade Básica de Saúde Bairro Industrial situa-se na região Norte, no Município de Juiz de Fora. O acesso à unidade pode ser através de transporte público, particular e caminhando até a unidade, sendo a última a forma mais utilizada pelos usuários. A unidade fica às margens da rodovia, é de fácil acesso à maioria.

São oferecidos serviços de acolhimento, vacinação, consultas médicas e de enfermagem, dispensação de medicamentos, coleta de material para exames, encaminhamentos para consultas especializadas, visitas domiciliares, consulta pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, consulta de planejamento familiar, atividades educativas de promoção de saúde, avaliação de necessidade de transporte sanitário, entre outros.

Aspectos demográficos da área de abrangência

Total de famílias: 1076.

Total de pessoas: 3693.

A tabela 3 traz a caracterização dos moradores atendidos na área de abrangência da ESF, segundo sua faixa etária:

Tabela 3: População segundo a faixa etária na área de abrangência da ESF Bairro Industrial, 2015:

Faixa etária	N
Menor 1ano	28
4 anos	163
9 anos	349
14 anos	377
19 anos	341
49 anos	1689
59 anos	322
60 anos e mais	424
Total	3693

Fonte: Diagnóstico situacional 2015.

A tabela 4 expõe a forma de tratamento de água disponível para as famílias assistidas:

Tabela 4: Famílias cobertas por tratamento de água no domicílio na área de abrangência, ESF Bairro Industrial, 2015:

Modalidade	N	%
Filtração	1012	94.05
Fervura	2	0.19
Cloração	19	1.77
Sem tratamento	43	4.00
Total	1076	100.00

Fonte: Diagnóstico situacional 2015.

Recursos da comunidade

Um posto de saúde. Possui igreja católica, protestante, creche, escola de nível fundamental. A maioria dos domicílios possui energia elétrica, água encanada e esgoto.

Recursos humanos

Profissionais: A Unidade implementa a Estratégia de Saúde da Família, o atendimento é feito diariamente, por uma equipe multiprofissional composta 5 ACS, 1 serviços gerais, 1 técnica de enfermagem, 2 enfermeira, 2 médicos, 3 dentista e 1 técnico em saúde bucal, além de assistentes sociais. A médica compõe o equipe desde fevereiro de 2014.

Horário: 7:00 as 17:00.

As consultas são agendadas previamente e diariamente a equipe atende à demanda espontânea que passa por uma triagem onde é definida a conduta com cada paciente. Realiza-se acompanhamento das doenças crônicas em longo prazo e os pacientes que não podem ir até a unidade, por alguma condição incapacidade, recebe visita domiciliar, pelo médico, enfermeiro, dentista, técnico em enfermagem etc. Tais visitas são agendadas previamente pelas agentes comunitárias de saúde que estão dia-a-dia nas suas respectivas micro áreas realizando um trabalho imprescindível de captação de enfermos, de cuidado com a saúde, de educação para a saúde, de orientação ao usuário etc, ou por qualquer outro profissional que em consulta sente a necessidade junto com usuário de realizar a visita domiciliar. A coleta de exames é feita semanalmente, facilitando a vida do usuário que não necessita deslocar-se até o centro da cidade para realizar exames básicos de rotina.

Recursos materiais

A unidade conta com uma boa estrutura física, tem uma área de recepção com assentos, sala de reunião, sala de vacinação, farmácia, sala de curativos, banheiros, consultórios médicos, de enfermagem e de odontologia. Os prontuários estão organizados por micro áreas e guardados em envelopes separados para cada família. A unidade tem grande parte de recursos necessários para uma atenção qualificada, embora ainda faltem alguns elementos básicos para maior resolutividade da demanda, como local para pacientes que necessitem de observação, aparelhos de oxigênio e algum medicamento que acabam antes da renovação do estoque.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica traz um grande desafio para o sistema de saúde brasileiro, e para a atenção primária de saúde no bairro Industrial, sendo uns dos maiores problemas de saúde que atualmente demanda atenção e um melhor trabalho por parte da equipe de saúde. Um dos problemas mais enfrentados pela equipe é a grande demanda por atendimento de pacientes hipertensos com pressão arterial descompensada. Neste sentido justificasse a preocupação com a assistência a saúde dos indivíduos acometidos por Hipertensão Arterial Sistêmica porque se essa condição não é tratada adequadamente ocorrem frequentes agudizações e podem ocorrer outras comorbilidades que levam a sequelas graves (ALMEIDA, 2004).

Este aspecto gera uma motivação para a realização deste trabalho porque é urgente para os profissionais de saúde da família que lidam diretamente com esta clientela, compreender melhor os riscos da mesma no intuito de realizar um trabalho mais efetivo, de promoção e prevenção.

Na área de abrangência da ESF há 522 hipertensos cadastrados no HIPERDIA, o que representa 13.04% da população local, baseado nos registros de equipe e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Dos 522 pacientes hipertensos cadastrados no Programa HIPERDIA, apenas 307 (58.81%) mantem adesão ao tratamento farmacológico. Esta análise foi baseada em dados retirados das fichas D de acompanhamento de hipertensos, as quais são preenchidas mensalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde através da visita domiciliar.

Baseado nisto, a Equipe de Saúde da Família de Bairro Industrial compreendeu a necessidade existente de desenvolver uma proposta de intervenção para modificar a situação vivenciada no PSF. Espera-se que este plano tenha a capacidade de influenciar no comportamento dos pacientes, melhorar os indicadores de adesão farmacológica e, conseqüentemente melhorar a qualidade de vida e de saúde dessa população.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para a melhoria da adesão ao tratamento farmacológico de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Bairro Industrial, Município Juiz de Fora.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi feita inicialmente uma Estimativa Rápida, detectando o problema escolhido. A estimativa rápida permite evidenciar os problemas que afetam as comunidades, sendo um método simples, rápido e de baixo custo que permite adicionar o conhecimento teórico com o saber prático e apoia o planejamento participativo. Além disso, envolve a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais, a comunidade em geral etc.(Campos, 2010)

Posteriormente foi realizada uma revisão de literatura narrativa sobre os fatores de risco e as consequências da HAS por meio de pesquisa às bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) entre outras fontes da literatura sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica. A elaboração do projeto de intervenção seguiu as propostas de Campos (2010). Descritores: Hipertensão. Fatores de risco da HAS. Consequência da HAS Crônica. Promoção e prevenção da HAS. Equipe do PSF.

5 REVISÃO DA LITERATURA

O Programa de Saúde da Família (PSF) iniciou-se no Brasil em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em 1994 foram formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família, cujo principal propósito é reorganizar a prática da atenção em novas bases, reverter o modelo de saúde voltado para cura das doenças levando a saúde para mais perto da família. A Unidade Básica de Saúde é a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, assegurando a referência e contra referência aos demais níveis de atenção (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde criou um sistema intitulado de HIPERDIA, que tem como objetivo vincular os portadores de hipertensão arterial às Unidades Básicas de Saúde, permitindo não apenas o acompanhamento da assistência aos hipertensos nas Unidades Básicas de Saúde, mas também colaborando no planejamento e programação da assistência farmacêutica a esses usuários e fornecendo dados para os gestores de saúde possam elaborar estratégias que proporcionem melhoria da qualidade de vida desta população (BRASIL, 2001)

A incidência de hipertensão arterial sistêmica aumenta linearmente com o envelhecimento, atingindo percentual superior a 60% em indivíduos acima de 60 anos, sendo duas vezes mais predominante em indivíduos brancos, especialmente nas mulheres (MINAS GERAIS, 2013).

O excesso de peso e a obesidade se associam com maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica desde idades jovens, ao passo que a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a pressão arterial e a mortalidade cardiovascular em geral, devendo ser desestimulada, sem falar nos indivíduos normotensos com elevada sensibilidade a ingestão de sal que apresentam incidência cinco vezes maior da doença em 15 anos, quando comparados aqueles com baixa sensibilidade (MINAS GERAIS, 2013).

A hipertensão arterial sistêmica é também ocasionada pelo sedentarismo e incide com maior frequência em indivíduos com pouca ou nenhuma escolaridade (MINAS GERAIS, 2013).

A incidência de hipertensão arterial sistêmica aumenta linearmente com o envelhecimento, atingindo percentual superior a 60% em indivíduos acima de 60 anos, sendo duas vezes mais predominante em indivíduos brancos, especialmente nas mulheres (MINAS GERAIS, 2013).

O excesso de peso e a obesidade se associam com maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica desde idades jovens, ao passo que a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a pressão arterial e a mortalidade cardiovascular em geral, devendo ser desestimulada, sem falar nos indivíduos normotensos com elevada sensibilidade a ingestão de sal que apresentam incidência cinco vezes maior da doença em 15 anos, quando comparados aqueles com baixa sensibilidade (MINAS GERAIS, 2013).

A hipertensão arterial sistêmica é também ocasionada pelo sedentarismo e incide com maior frequência em indivíduos com pouca ou nenhuma escolaridade (MINAS GERAIS, 2013).

O Programa de Saúde da Família (PSF), principal estratégia de estruturação da atenção básica no Brasil, vem sendo objeto de diversos estudos desde sua implantação em 1994. Os enfoques utilizados foram e são muito diversos; entre outros citam-se as potencialidades do programa em promover mudanças no modelo da atenção básica; características de seu financiamento; avaliação de seu desempenho; seu *status* como política; impacto no perfil de morbidade e mortalidade da população; constrangimentos e potencialidades de sua implantação em áreas urbanas (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009).

No Brasil, a taxa de internação é de 525 por 10 mil habitantes, e 27% delas ocorrem devido a condições evitáveis. Entre os agravos que levam a internações prevalecem as doenças imunizáveis, transmissíveis, patologias cardíacas e respiratórias, do aparelho circulatório e relacionadas ao pré-natal e

parto.(COSTA, GD; COTTA, RMM; FERREIRA, MLSM; REIS, JR; FRANCES CHINI, 2009)

A redução das internações é um dos marcadores da efetividade da ESF, pelo pressuposto de que as pessoas hospitalizadas não receberam atenção à saúde oportuna e adequada no nível primário, levando a um agravamento de sua condição clínica (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009).

O principal objetivo do tratamento anti-hipertensivo é reduzir a morbidade e mortalidade das doenças cardiovasculares. Apesar de a hipertensão arterial ser passível de controle por meio do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, os índices de controle da doença ainda são baixos. Estudos têm evidenciado que apenas cerca de um terço dos hipertensos está com a pressão arterial controlada. Considera-se que esse controle insatisfatório dos hipertensos tenha relação direta com a baixa adesão ao tratamento (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Definição e priorização dos problemas

Após a coleta de informações, a Equipe de Saúde de Bairro Industrial, Conseguiu definir os principais problemas de saúde existentes na área de abrangência.

Os problemas identificados foram:

1. Alta prevalência de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.
2. Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial.
3. Alto índice de drogadição e alcoolismo.
4. Alta incidência de doenças psiquiátricas e consumo de psicofármacos.
5. Alta incidência de parasitismo intestinal.
6. A comunidade desconhece as doenças crônicas e suas complicações.
7. Pouca adesão a os projetos e atividades educativas dirigidas a os portadores de doenças crônicas enfocando a promoção de saúde e prevenção de doenças.
8. Presença de gravidez em adolescentes.
9. Baixa condição socioeconômica.

Alta prevalência de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial: Em correspondência com a situação de saúde a nível mundial e o envelhecimento da população nossa população apresenta alta incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis.

Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão: nossa população tem baixo nível de escolaridade o que leva a não saber como tomar a medicação ou não saber ler a prescrição. Tem ademais baixo nível de conhecimento de a patologia. Pouca auto responsabilidade com a saúde.

Alto índice de drogadição e alcoolismo: Podemos observar que alguns problemas são causas ou consequências de outros. Por exemplo, a baixa condição socioeconômica propicia que um alto número de os pacientes cadastrados tenha adição a drogas ilícitas e álcool.

Doença mental e consumo de psicofarmos: Dificuldade de controle, fluxo e contra fluxo de pacientes com transtorno do humor e ansiedade, síndromes psicóticas (em especial, esquizofrenia), somatização e transtornos do sono.

Pouca adesão a os projetos e atividades educativas dirigidas a os portadores de doenças crônicas enfocando a promoção de saúde e prevenção das doenças: falta incentivo para as atividades de promoção á saúde e prevenção de agravos e resultam ainda insuficientes as atividades educativas realizadas pela equipe para a capacitação da população abordando a temática das doenças crônicas. O baixo nível educativo e idade dos pacientes interferem em a compreensão dos temas tratados em as atividades educativas realizadas.

Parasitose intestinal. Verificada sua elevada incidência através dos exames parasitológicos de fezes realizados de rotina nos pacientes, as más condições de saneamento básico da microrregião e a baixa condição econômica propicia moradia em locais com saneamento básico precário e, conseqüentemente, maior risco de adquirir parasitose intestinal.

A comunidade desconhece as doenças crônicas e suas complicações: ainda é baixo o nível de conhecimento das doenças crônicas pela população.

Presença de gravidez em adolescentes: é ainda insuficiente o trabalho que realiza a equipe de saúde na prevenção da gravidez na adolescência como consequência tem alta incidência de adolescentes grávidas em população de abrangência.

Baixa condição socioeconômica: Experimentada por uma grande quantidade dos usuários da ESF, o baixo nível socioeconômico expressa-se pelas deficientes condições higiênicas tanto pessoal como habitacional, más

condições de moradia, dificuldade de aquisição de medicamento ou exame complementar particular.

Estabelecimento de ordem de prioridades.

Foi realizada a priorização dos problemas. Os problemas foram selecionados pela ESF considerando os seguintes critérios: importância, urgência e principalmente pela capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde. Solicitou se sua classificação em: importante, menos importante e residual e se outorgou um valor a cada problema de zero a dez pontos.

Quadro 1. Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional.

Comunidade – ESF / Priorização dos problemas				
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.	Alta	9	Parcial	2
Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial.	Alta	9	Parcial	1
Alto índice de drogadição e alcoolismo.	Alta	7	Parcial	4
Alta incidência de doenças psiquiátricas e consumo de psicofarmacos.	Alta	6	Parcial	5
Alta incidência de parasitismo intestinal.	Alta	7	Parcial	7
A comunidade desconhece as doenças crônicas e suas complicações.	Alta	8	Parcial	3
Pouca adesão a os projetos e atividades educativas	Alta	8	Parcial	3
Presença de gravidez em	Alta	5	Parcial	6

adolescentes.				
Baixa condição socioeconômica.	Alta	4	Fora	8

Obteve-se a seguinte ordem de prioridade:

1. Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial.
2. Alta prevalência de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.
3. Alto índice de drogadição e alcoolismo.
4. A comunidade desconhece as doenças crônicas e suas complicações.
5. Pouca adesão a os projetos e atividades educativas dirigidas a os portadores de doenças crônicas enfocando a promoção de saúde e prevenção de doenças.
6. Baixa condição socioeconômica.
7. Alta incidência de doenças psiquiátricas e consumo de psicofármacos.
8. Alta incidência de parasitismo intestinal.
9. Presença de gravidez em adolescentes.

O problema escolhido foi “A baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial” por ser dentre os outros problemas, aquele com maior capacidade de enfrentamento pela equipe e dado a importância de suas consequências para a comunidade e os serviços de saúde.

Descrição do problema:

Em nossa área de abrangência a HAS é uma doença de alta prevalência, que atinge a população adulta acima de 18 anos em cerca de até 20%, podendo afetar na população idosa até 50%. A maioria dos pacientes com HAS identificados na comunidade apresentam fatores de risco como obesidade, tabagista, etilista, estresse, sedentarismo e são pacientes idosos.

Os dados correspondem com a nação onde as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano, a hipertensão arterial

participa de quase a metade delas. A hipertensão arterial vem sendo o mais comum e importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, e tem com elas uma relação contínua e progressiva.

Nossa equipe utilizou os dados do SIAB e dos registros da equipe, correlacionando os também com o relatório de dispensação de medicamentos por pacientes.

Quadro 2. “Descritores do problema Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial”. ESF Industrial, 2014.

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos cadastrados/acompanhados	522	SIAB 2014
Hipertensos com boa adesão ao tratamento	307	Registros da equipe

Explicação de porque foi escolhido:

A equipe de saúde escolheu o problema “A baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial” porque tem muito impacto na comunidade por o elevado numero de pacientes com baixa adesão ao tratamento e porque é o fator de risco mais importante das doenças cardiovasculares. Além disso, avaliando a solução deste problema pode ser resolvido com poucos recursos. Solo se precisa do trabalho da equipe de saúde baseado em atividades educativas de promoção e prevenção com pacientes. Estas atividades devem estar dirigidas para brindar conhecimento sobre os fatores de risco para a HAS, importância da dieta e tratamento farmacológico para o controle de a doença e as consequências que apresenta um paciente com esta doença. Além disso, devem brindar conhecimento teórico e pratico sobre as diferentes atividades para prevenir a doença além das complicações.

Para enfrentar o problema e de muita importância conhecer suas principais causas. Entre elas encontra se:

1. Relacionadas aos pacientes:

- Hábitos e estilos de vida da população: não quer ser dependente da medicação, tabagismo, alimentação inadequada, consumo de álcool, sedentarismo, não adesão ao tratamento.
- Baixo nível de instrução/ escolaridade: não saber como tomar a medicação, pacientes analfabetos.
- Grau de dependência: pacientes acamados ou com incapacidade mental.
- Baixo nível de informação respeito a sua patologia.

2. Relacionadas com equipe de saúde:

- Receitas com prescrições ilegíveis.
- Poucas atividades educativas sobre Hipertensão Arterial.
- Falta de propagação na agenda da equipe para atendimento adequado ao HIPERDIA
- Falta de incentivo para atividades de promoção a saúde e prevenção dos agravos.

Descrição, explicação e identificação de “nós críticos”.

Foram identificados alguns nós críticos para o enfrentamento do problema de saúde baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial. Segundo o conceito elaborado pelo PES, “nó crítico” é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transforma-lo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Identificaram-se entre as varias causas àquelas consideradas mais importantes na origem do problema e que precisam ser enfrentadas:

- Baixo nível de informação e conhecimento da população acerca da Hipertensão Arterial, da importância da adesão e acompanhamento clinica e a terapia medicamentosa, existência de mitos e tabus sobre alimentação saudável, uso incorreto da medicação, benefícios da atividade física.
- Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema: capacidade dos profissionais para a continuidade do acompanhamento.
- Não seguimento das recomendações dos protocolos clínicos

(ministerial, estadual e municipal) pelos profissionais da equipe de saúde da família, propostas para o programa de Hipertensão.

- Deficiência na gestão municipal – dificuldades no fluxo dos pacientes para serviços especializados, hospitalização, assim como no fluxo das contra referências para lograr o correto acompanhamento dos pacientes.

Quadro 03: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no Programa Saúde da Família do Bairro Industrial, Município Juiz de Fora/MG, 2016.

Nós críticos	Operação	Resultados esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
<p>Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema: capacidade dos profissionais para a continuidade do acompanhamento.</p>	<p>Desenvolver estratégias visando diminuir a carga da doença hipertensiva e fatores de risco.</p>	<p>Redução do alcoolismo, tabagismo, estresse, obesidade, sobrepeso e sedentarismo.</p>	<p>Orientações e informações nos grupos de hipertensos, campanhas educativas através de folhetos explicativos.</p>	<p>Econômico Garantir cursos de treinamento sobre o tema e práticas pedagógicas</p> <p>Organizacional Organizar os grupos de hipertensos.</p> <p>Cognitivo Elaboração de projeto de estruturação e renovação dos serviços da saúde.</p>
<p>Baixo nível de informação e conhecimento da população acerca da Hipertensão Arterial, da importância da adesão e acompanhamento clínica e a terapia medicamentosa.</p>	<p>Conhecer para melhor viver: reforçar e aumentar o acesso à informação do usuário do Programa Saúde da Família, principalmente do paciente hipertenso sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial sistêmica.</p>	<p>População mais consciente e informada sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial sistêmica.</p>	<p>Realização contínua de grupos operacionais de hipertensos, campanhas educativas através de folhetos explicativos.</p>	<p>Econômico Aquisição de folhetos explicativos.</p> <p>Organizacional Organização da agenda.</p> <p>Político Mobilização social e intersectorial.</p> <p>Cognitivo Conhecimento sobre o tema e práticas pedagógicas</p>

<p>Deficiência na gestão municipal – dificuldades no fluxo dos pacientes para serviços especializados, hospitalização, assim como no fluxo das contra referências para lograr o correto acompanhamento dos pacientes.</p>	<p>Central saúde: melhoria da estrutura do serviço para atender melhor os hipertensos. Lograr adequada inter-relação da atenção primária e secundária.</p>	<p>Garantia de mais assistência médica não só na atenção primária como na secundária.</p>	<p>Reforçar as consultas com especialistas, profissionais mais capacitados.</p>	<p>Econômico Aumentar a oferta e o estoque de medicamentos, exames específicos, consultas com especialistas.</p> <p>Político Aumentar a verba para incrementar os serviços de saúde e a estrutura voltada para os hipertensos.</p> <p>Cognitivo Elaboração de projeto de estruturação e renovação dos serviços da saúde.</p>
--	---	---	---	---

Fontes: autoria própria

Adesão tem muito a ver com o comportamento do indivíduo, em termos de tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas, coincide com o tratamento de saúde. Vários são os fatores que interferem no processo de adesão e podem estar relacionados a características do paciente, que incluem as biossociais, crenças de saúde, hábitos de vida e aspectos culturais; além das relativas à doença e ao tratamento.

Portanto, atitudes dos hipertensos como o comparecimento às consultas agendadas e interrupção do tratamento por conta própria, podem constituir-se em parâmetros de avaliação do grau de adesão ao tratamento.

Os fatores psicossociais também podem ser agentes intervenientes na adesão ao tratamento no contexto das doenças crônicas. Artigo de revisão sobre as barreiras para participação e adesão a programas de reabilitação cardíaca inclui o sentimento de bem-estar como elemento associado à adesão ao tratamento. (FARIA, et al, 2008)

A falta de adesão ao tratamento constatada na área de abrangência é um impedimento para o alcance dos objetivos terapêuticos e pode constituir se em uma fonte de frustração para os profissionais de a equipe. O enfermeiro como elemento chave do processo assistencial aos hipertensos deve conhecer as características dessas pessoas e suas reais necessidades para que a partir delas, estratégias sejam implementadas para a obtenção de maior grau de adesão ao tratamento e o conseqüente controle dos níveis tensionais. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo: caracterizar um grupo de hipertensos em relação às variáveis biopsicossociais, crenças, conhecimentos sobre a doença e tratamento, e atitudes como interrupção do tratamento e falta às consultas.

Em relação às atitudes frente ao tratamento da hipertensão, verificou-se que pouco mais de um terço dos hipertensos referiu esquecer raramente, às vezes em menor numero e sempre a minoria, de tomar os remédios; porém, percentual bem maior dos participantes relatou que tomam os remédios no mesmo horário e sempre levá-los quando viaja, a minoria. Cerca de 20% responderam que não providenciam remédios antes de acabarem e raramente tomam o medicamento quando a pressão está controlada. Acrescenta-se ainda, as referências de deixar de tomar remédio por conta própria, faltar e chegar atrasado à consulta e nunca ou raramente seguir as orientações sobre alimentação e praticar exercícios físicos regulares.

A relação entre características da personalidade e adesão ao tratamento é controversa, porém, variáveis como sentimento de bem-estar, socialização e capacidade de ser igual a outros são elementos de medida da personalidade e podem se associar com adesão ao tratamento e conseqüente controle da doença. (PÉRES, 2003) Na tentativa de se avaliar como se sentiam em relação

à sua vida como um todo, a presente investigação verificou que a maioria dos hipertensos estudados referiu satisfação, o que é um dado positivo e que pode constituir um aliado para promover adesão ao tratamento. Estudo também realizado em nosso meio, verificou associação significativa entre o controle da hipertensão e a referência dos hipertensos controlados e não controlados de como se sentiam em relação à vida como um todo.

No decorrer da presente pesquisa foi dada orientação aos pacientes entrevistados a fim de melhorar a adesão ao tratamento farmacológico, não farmacológico e o controle da pressão arterial. As recomendações aos pacientes incluíram: anotar o horário da medicação, tomar no mesmo horário, associar com as atividades do dia-a-dia, providenciar outro medicamento antes de acabar, levar o medicamento quando viajar, tomar mesmo sabendo que a pressão está controlada, não deixar de tomar quando ingerir bebidas alcoólicas, não faltar às consultas e realizar dietas específicas para pacientes hipertensos, bem como a importância da atividade física no controle da pressão arterial.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que a modificação no estilo de vida como alimentação adequada baixo consome de sal, controle de peso, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo e etilismo são de fundamental importância para o processo terapêutico e prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica. Contudo, apesar destas evidências que são incontestáveis, o que podemos observar é que estes fatores continuam a crescer em nossa sociedade levando a um aumento contínuo da prevalência e incidência de HAS assim como seus baixos níveis de controle. Diante do impacto mundial negativo que a HAS e suas complicações, em especial as doenças cardiovasculares fica evidente a importância de um aprofundamento na abordagem não apenas ao paciente hipertenso, mas na comunidade em que ele se insere como forma de identificação de possíveis dificuldades que por ventura venham a dificultar o tratamento, assim como reduzir a exposição desta comunidade a estes fatores de risco.

Dentre os trabalhos utilizados, apesar de apresentarem enfoques diversificados, todos mencionam a importância de um atendimento contínuo aos pacientes hipertensos como fundamental para o processo terapêutico. E muitos apresentaram como enfoque os grupos operativos e seus resultados positivos neste processo exercendo efeito multiplicador e proporcionando melhor adesão ao tratamento.

A Saúde da Família, cujo processo de trabalho da equipe multiprofissional pressupõe vínculo com a comunidade, tem responsabilidade fundamental no processo de desenvolver estratégias visando diminuir a carga desta doença.

Diante o trabalho analisamos nosso processo de trabalho atual, identificando os pontos positivos e os que necessitam ser melhorados, e com isto, pude perceber que nosso vínculo como equipe foi reforçado, pois a responsabilidade em melhorar este processo de trabalho foi assumida por todos. Esperamos obter resultados positivos do projeto de intervenção, para que os mesmos possam ser apresentados a gestão municipal e difundidos para as demais Unidades Básicas de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K. M. S. Compreensão dos hipertensos sobre sua doença e motivação para o autocuidado em um grupo do PSF no município de Nova Cruz- RN. 2004. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4 ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 71p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília (DF), 2001

CAMPOS, F.C; FARIA H.P; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2da ed. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

CICCO, L. H. S. Hipertensão arterial? E agora? Disponível em: <www.saudevidaonline.com.br/hipert.htm - 15k>. Acesso em: 17 Jan 2007.

COSTA, GD; COTTA, RMM; FERREIRA, MLSM; REIS, JR; FRANCES CHINI, SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Revista brasileira de enfermagem. 2009. Fev. vol.62, no.1, p.11.

FARIA, et al; Modelo assistencial e a atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2008, 68p.

FERNANDES, LCL; BERTOLDI, AD; BARROS, AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. Rev. Saúde Pública. 2009. Ago.vol.43, no.4, p.595-603.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 5, São Paulo, 2003.

SECRETARIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Atenção à saúde do adulto. *In*: Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.