

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

JAMY CHANES PENA.

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO
FARMACOLÓGICO DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA IPÊ NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR
VALADARES.**

GOVERNADOR VALADARES. MINAS GERAIS

2016

JAMY CHANES PENA.

Plano de Intervenção a fim de melhorar a adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica em uma Unidade de Saúde da Família Ipê no Município de Governador Valadares.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de especialista.

Orientador: Prof.^a Dr^a LÚCIA APARECIDA FERREIRA.

Banca examinadora

Examinador 1. **Prof.^a Dr^a LÚCIA APARECIDA FERREIRA.** (Orientador).

Examinador 2. **ZILDA CRISTINA DOS SANTOS.** (Examinador).

Aprovado em Belo Horizonte, 14 de maio de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida: meus queridos pais, que me apoiam e incentivam a continuar buscando mais conhecimento, acreditando em meu potencial para vencer os obstáculos e ser uma melhor pessoa cada dia, meu irmã Jany que me serve de fonte de inspiração para seguir lutando, Obrigada, pela compreensão e carinho sem vocês eu não seria quem sou.

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial a todas as pessoas que de um jeito ou de outro contribuíram para a realização deste trabalho.

A toda minha equipe de trabalho, pela recepção e pelos ótimos momentos de trabalho compartilhados.

A tutora Prof.^a Dr^aLucia Aparecida Ferreira pelo importante ensinamento, tanto científico quanto pessoal.

Agradeço finalmente a Deus pela presença constante em minha vida e por me proporcionar grandes oportunidades, mesmo distante se fez presente, sanando todas minhas dúvidas.

"Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer!"

(Mahatma Gandhi)

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	3
AGRADECIMENTOS	4
RESUMO	1
ABSTRACT	2
ASPECTOS INTRODUTÓRIOS	3
INTRODUÇÃO	3
DIAGNOSTICO SITUACIONAL:	5
Municípios limítrofes:	5
ASPECTOS GEOGRÁFICOS	5
<i>Tabela 1-Total de domicílios. Governador Valadares 2014.</i>	6
ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS	6
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).....	6
Taxa de Urbanização	7
Renda Média Familiar	7
Abastecimento de Água Tratada:.....	8
Recolhimento de esgoto por rede pública.....	8
Principais Atividades Econômicas:.....	8
Setor Primario.....	8
Setor Secundário	9
Setor Terciário	9
ASPECTOS DEMOGRAFICOS	10
Indicadores.....	10
<i>Tabela 2. Ensino Educacional. Governador Valadares.2014</i>	10
Taxa de Crescimento Anual.....	10
<i>Tabela 3. Crescimento populacional de Governador Valadares.2014.</i>	10
Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza.....	11
<i>Tabela 4. IDHM - Renda e Pobreza Governador Valadares-2010</i>	11
SISTEMA LOCAL DE SAÚDE - DADOS SOBRE:	11
Conselho Municipal de Saúde (composição, regularidade de reuniões etc.):.....	11
Composição.....	11
Fundo Municipal de Saúde:	Erro! Indicador não definido.
Sistemas de referência e contrarreferência	12

Redes de Média e Alta Complexidade.....	13
CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO / ÁREA DE ABRANGÊNCIA	14
ASPECTOS DEMOGRAFICOS:.....	14
<i>Tabela 5. População segundo a faixa etária na área de abrangência da ESF Ipê, 2014..</i>	<i>14</i>
ASPECTOS AMBIENTAIS.....	15
<i>Tabela 6. Famílias cobertas por tratamento de água no domicílio na área de abrangência da ESF Ipê, 2014.....</i>	<i>15</i>
RECURSOS DA COMUNIDADE	15
RECURSOS HUMANOS.....	15
Número, profissão, horário de trabalho:.....	15
RECURSOS MATERIAIS	16
Área física e uso.....	16
OBJETIVOS	17
Objetivo Geral:	17
Objetivos Específicos.....	17
REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	18
FATORES PREDISPONETES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	18
TRATAMENTOS.....	19
METODOLOGIA.....	21
DESENVOLVIMENTO:.....	23
ANALISE SITUACIONAL	23
Definição e priorização dos problemas	23
Os problemas identificados foram:	23
Estabelecimento de ordem de prioridades.....	23
<i>Quadro # 1. Priorização dos problemas identificados no diagnostico situacional.....</i>	<i>24</i>
Obtive se a seguinte ordem de prioridade:	24
Descrição do problema:.....	25
<i>Quadro # 2. “Descritores do problema Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial”. ESF Ipê, 2014.....</i>	<i>25</i>
Explicação do porque foi escolhido:.....	26
Relacionadas aos pacientes:.....	26
Relacionadas com equipe de saúde:	26
Descrição, explicação e identificação de “nós críticos”.....	26
Elaboração do plano de intervenção:	27

HIPERDIA	28
JUSTIFICATIVA	30
<i>Tabela 7- População urbana/rural. Governador Valadares-2014.....</i>	<i>30</i>
<i>Tabela 8. Aspectos demográficos do Município de Governador Valadares. 2014.....</i>	<i>30</i>
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS:	34

RESUMO

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso considerada um dos principais problemas de saúde pública. O controle adequado dos pacientes com HAS deve ser uma das prioridades da Atenção Básica. Este trabalho propõe a criação de um plano de intervenção para aumentar a melhoria da adesão ao tratamento farmacológico de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Ipê. O estudo foi realizado pelo método de estimativa rápida, respeitando-se os três princípios dessa estratégia. Com base nas informações adquiridas foi elaborado o projeto de intervenção, visando sistematizar o atendimento ao hipertenso com ações voltadas para promoção e prevenção dos agravos à saúde dos pacientes. Espera-se que por meio deste trabalho que a equipe da Estratégia de Saúde da Família Ipê possa contribuir de forma significativa para a melhoria das condições de saúde e de vida da população conscientizando a importância do tratamento adequado da Hipertensão Arterial Sistêmica e, conseqüentemente prevenindo assim suas complicações.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Fatores de Risco. Adesão à medicação. Saúde da Família.

ABSTRACT

The statistics from Public Health shows that Systemic Arterial Hypertension has a high prevalence and low rates of control that is why it is considered one of the public health major problems. Proper management patients with Hypertension must be one of the priorities of Primary Care. This work propose the creation of an action plan to increase the improvement of the pharmacological treatment for people with Hypertension in the area covered by the Ipê Family Health Team. The study was conducted by the rapid assessment method, respecting the three principles of this strategy. Based on the acquired information was prepared the intervention project, in order to systematize care of hypertensive patients with actions for the promotion and prevention of patients health problems. It is hoped that through this work the Strategy Team of Family Health Ipê can contribute significantly to improving people's health and living conditions aware the importance of adequate treatment of Systemic Hypertension and consequently thus preventing complications.

Keywords: Hypertension Arterial, Risk factors, Medication adherence, family Health.

ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

INTRODUÇÃO

A hipertensão é definida, de modo convencional, como uma pressão arterial maior ou igual a 140/90 mmHg, essa definição serve para caracterizar um grupo de pacientes que correm risco de doenças cardiovasculares, relacionada com a hipertensão alta o suficiente para merecer atenção médica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A estimativa é de um número bastante elevado de pessoas, com hipertensão arterial em tratamento nas instituições brasileiras, com uma taxa de prevalência variando entre 22.3% a 43.9% (LOLIO, 2006).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), uma doença crônica complexa, e um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, é responsável por aproximadamente 45% dos casos de doenças cardíacas isquêmicas e 51% das doenças cerebrovasculares e renais (BRASIL, 2006). Juntas, essas doenças são a principal causa de morbimortalidade mundial (ARAÚJO; GARCIA, 2006) por apresentar associação linear, direta e independente para o desenvolvimento das Doenças Cardiovasculares (DCV), sem esquecer-se de outras complicações severas como a arteriosclerose de grandes artérias entre outras (BRASIL, 2006).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares nesse contexto, a hipertensão arterial aparece como uma das mais graves enfermidades entre as doenças crônicas não-transmissíveis, sendo responsável direta ou indiretamente por um elevado número de óbitos no mundo moderno. (BRASIL, 2006).

Até mesmo uma hipertensão leve (Pressão arterial 140/90 mmHg) em adultos, jovens ou de meia-idade aumenta o risco de danos eventuais aos órgãos-alvo. Os riscos necessitam urgência da instituição da terapia, danos a órgãos-alvo em qualquer nível de pressão arterial ou idade são maiores em pessoas negras e relativamente menores em mulheres pre-menopausa que em homens (KATZUNG, 2003).

Desde a década de 1970, diversos países têm tomado medidas necessárias para inserir na comunidade programas de prevenção e promoção à saúde. As ações de promoção e de prevenção da saúde são prioritárias, para melhorar a qualidade de vida, para prolongar os anos produtivos e para garantir assim dentro sua participação no processo do desenvolvimento integral da população, nesse sentido, a equipe de saúde com sucesso na luta contra a hipertensão será aquela que obtiver na sua comunidade, a participação de todos, é a que terá maior impacto em tal sentido. A decisão terapêutica baseia-se nas informações sobre a classificação dos níveis de pressão arterial e da estratificação do risco individual como: modificações no estilo de vida, recomendações dietéticas e o tratamento medicamentoso, obtidos durante a avaliação clínica (BRASIL, 2006).

Para evitar as complicações da hipertensão, a principal estratégia baseia-se no tratamento medicamentoso e não medicamentoso, no entanto para que haja êxito terapêutico, o principal desafio é a adesão do paciente ao tratamento (Dourado et al. 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e/ou contínua. Pode oferecer grande ajuda na detecção precoce de hipertensão arterial, por meio de medidas regulares de pressão arterial, além de prevenir e controlar outras doenças crônicas. O acesso dos profissionais de saúde às famílias de hipertensos, por meio de incentivo tanto dos portadores da doença como de seus familiares favorece a adoção de hábitos de vida saudáveis para controle da Hipertensão Arterial Sistêmica, corrigindo e evitando maiores complicações (MANO, PIERIN, 2005).

DIAGNOSTICO SITUACIONAL:

Governador Valadares é um município brasileiro no interior do estado de Minas Gerais. A cidade localiza-se a nordeste da capital do estado Pertencente à microrregião de mesmo nome e à mesorregião do Vale do Rio Doce, localiza-se a nordeste da capital do estado, distando destes cerca de 320 quilômetros. Sua população foi contada em 2010 pelo IBGE em 275.568 habitantes, sendo assim o nono mais populoso do estado de Minas Gerais e o primeiro de sua mesorregião e microrregião. Está a 960 quilômetros de Brasília, a capital federal. Ocupa uma área de 2348,1 km². Desse total, 24,3674 km² estão em perímetro urbano.

A cidade ainda se destaca em seu turismo. A maior parte de seu território situa-se na margem esquerda do Rio Doce. Em Governador Valadares está o Pico da Ibituruna, com 1 123 metros de altitude, é um dos pontos mais altos do Leste mineiro. É sede de uma das etapas do Campeonato Brasileiro de Voo Livre sendo que os competidores saltam do Pico, de onde se pode avistar toda a região do Vale do Rio Doce, cujo leito está aos pés do pico. Também sedia vários campeonatos internacionais de voo livre. O município é servido pela Estrada de Ferro Vitória a Minas, da Companhia Vale do Rio Doce e pela rodovia Rio-Bahia (BR-116).

Municípios limítrofes:

- **Norte:** Marilac, Mathias Lobato, Frei Inocência, Jampruca e Santa Efigênia de Minas.
- **Noroeste:** Coroaci; **Nordeste:** Nova Mógica e Mendes Pimentel.
- **Sur Oeste:** São Geraldo da Piedade e Sardoá.
- **Oeste:** Açucena e Periquito.
- **Leste:** Divino das Laranjeiras; **Sudoeste:** Galileia; **Sul:** Alpercata, Fernandes Tourinho e Tumiritinga.

Distância até a capital: 320 km².

ASPECTOS GEOGRÁFICOS

- **Área total do município:**2.348,100 km²

- **Concentração habitacional:**112,26 hab./km²
- **Nº. Aproximado de domicílios e famílias:** 81.703

Tabela 1-Total de domicílios. Governador Valadares 2014.

Município	Domicílios Particulares	Domicílios Coletivos	Total
Valadares Governador	86 063	93	96 156
Por cento	99.9	0.1	100%

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002/2003. Censo demográfico IBGE 2010

A cidade de Governador Valadares conta com boa infraestrutura. No ano de 2000, a cidade possuía 65.827 domicílios, entre apartamentos, casas, e cômodos. Desse total, 44.540 eram imóveis próprios, sendo que 41.886 eram próprios já quitados (63,63%); 2.654 próprios em aquisição (4,19%) e 14.015 eram alugados (21,29%); 6.889 imóveis foram cedidos sendo que 1.418 haviam sido cedidos por empregador (2,22%); 5.471 foram cedidos de outra maneira (7,70%) e 383 eram de outra forma (0,56%). Para o ano 2010 a cifra total de domicílios aumenta a 96156.

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

- **Índice de Desenvolvimento Humano (IDH):**0,772
- **Taxa de Urbanização:** 3.94 %.
- **Renda Media Familiar:** R\$678,74.
- **% de Abastecimento de Água Tratada:** 94 %.
- **% de recolhimento de esgoto por rede pública:** 82,15%

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

Considerando apenas a educação o valor do índice é de 0,867, enquanto o do Brasil é 0,849, o índice da longevidade é de 0,720 (o brasileiro é 0,638) e o de renda é de 0,730 (o do Brasil é 0,723). A cidade possui a maioria dos indicadores médios segundo o PNUD. A renda per capita é de 884,10 reais, a taxa de alfabetização adulta é 89,53% e a expectativa de vida é de 68,19 anos. O coeficiente de Gini, que mede a desigualdade social, é de 0,42,

sendo que 1,00 é o pior número e 0,00 é o melhor. A incidência da pobreza, medida pelo IBGE, é de 24,64% e a incidência da pobreza subjetiva é de 19,64%. De acordo com a prefeitura, o município teve em 2009 cerca de 135 pessoas em situação de rua. 32,6% foram para as ruas por causa do consumo de drogas e 25,9% por problemas de relacionamento familiar. (Censo demográfico IBGE 2010).

Taxa de Urbanização

A população de Governador Valadares é predominantemente urbana, tendo apenas 3,94% de pessoas vivendo no campo. Seria lógico afirmar que essa realidade, também vista no contexto de todo o território brasileiro, é fruto da histórica migração forçosa dos camponeses para os centros urbanos, a cidade de Governador Valadares em sua conformação foi marcada por intenso conflito agrário, na década de 30 existia na região um grande número de posseiros que foram expulsos do campo, para a extensão da pecuária, usando dos mais diversos artifícios, muitos deles violentos; sendo obrigados a migrar para a cidade. Atualmente, talvez a migração não seja tão significativa e não aconteça pelos mesmos motivos, mas ainda hoje, pela falta de condições de viver no campo e de trabalhar na terra, de ter acesso à educação e a saúde em seu próprio território, serviços esses que ao ser prestado consiga levar em consideração as especificidades do campo; e também pela pouca preocupação dos governos municipais, estaduais e federais não só de distribuir a terra, como também de dá condições para nela se viver dignamente, as famílias são obrigadas a deixar o campo.(Censo demográfico IBGE 2010).

Renda Média Familiar

A renda per capita da população, importante marcador do IDH, era de R\$678,74 em 2010. Vem aumentando nos últimos anos. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00 reais de agosto de 2010) passou de 11,03% em 1991 para 6,76% em 2000 e para 3,43% em 2014.

Abastecimento de Água Tratada:

- 94 % dos domicílios eram atendidos pela rede geral de abastecimento de água.

Recolhimento de esgoto por rede pública

- 82,15% das moradias possuíam coleta de lixo e 82,23% das residências possuíam escoadouro sanitário. Seu Índice de Gini é de 0,42.

Principais Atividades Econômicas:

- Produto interno bruto - PIB de Governador Valadares é o 153º maior do Brasil, destacando-se na área de prestação de serviços, já que o município não possui nenhuma indústria de grande porte implantada. Boa parte da renda da cidade vem do exterior, cujo os números são impossíveis de se contabilizar por se tratar de imigrantes em situação ilegal. Nos dados do IBGE de 2006, o município possuía R\$ 2 589 447,307 mil no seu Produto Interno Bruto. Desse total, 265.108 mil são de impostos sobre produtos líquidos de subsídios. O PIB per Cápita de R\$ 9 884,10.

Setor Primario:

A lavoura permanente da cidade produz principalmente banana (1.000 toneladas), Coco-da-baía (10.000 frutos por Hectare), laranja (300 toneladas) e maracujá (10 toneladas). Na lavoura temporária, é produzido principalmente o arroz (30 toneladas), a batata-doce (39 toneladas) e a cana-de-açúcar (500 toneladas), sendo este último o principal produto agrícola do Brasil, sendo cultivada desde a época da colonização do país.

A agricultura tem menor importância em Governador Valadares. De todo o PIB da cidade, 32.525 mil reais é o valor adicionado bruto da agropecuária. Destacam-se as culturas de arroz, feijão e milho. Segundo o IBGE em 2006 o município possuía um rebanho de 167.593 bovinos, 6.350 suínos, 6.000 equinos, 6.000 ovinos, e 300.000 aves, dentre estas 182.490 galinhas e 110.000 galos, frangos e pintinhos. Em 2006 a cidade produziu 24.466 litros de leite de 26.139 vacas. Foram produzidos 50 mil dúzias de ovos de galinha.

Setor Secundário:

Do PIB total da cidade, 365.528 mil são da indústria (setor secundário). Grande parte do valor arrecadado pelas indústrias vem do Distrito Industrial. Um forte Distrito Industrial/misto está instalado à Oeste do município, distanciando-se cerca de 6 Quilômetros do Centro de Governador Valadares. É um distrito industrial/misto, pois possui empresas de pequeno e médio. Recentemente passou por uma reestruturação e atualmente é administrado pela Companhia de Desenvolvimento Econômico de Minas Gerais - CODEMIG. Nele está o Aeroporto de Governador Valadares.

Setor Terciário:

Governador Valadares também possui bastante tradição em extração de minerais raros. Na cidade existem diversas minas e pedreiras especializadas em extrair pedras como esmeraldas, topázios, turmalinas, rubelitas e águas-marinhas. Anualmente ainda ocorrem feiras e exposições para essa área do comércio valadarense e da região. Existe um projeto de construção de uma fábrica de grande porte no município, que, de acordo com estudos da Secretaria de Desenvolvimento Econômico do Município, seriam necessários investimentos de US\$ 14,5 milhões para a instalação. Minas Gerais corresponde por 46% das exportações de pedras preciosas brutas (US\$ 19,8 milhões) e 42,6% de pedras lapidadas (US\$ 30,5 milhões).

De acordo com o IBGE, a cidade possuía no ano de 2007 103.439 trabalhadores, sendo 56.583 pessoas em totais e 46.856 ocupado assalariado. Salários juntamente com outras remunerações somam 503.049 mil reais e o salário médio mensal de todo município é de 2,3 salários mínimos, 1.819.332 mil do PIB valadarense são de prestações de serviços (terciário). O setor terciário atualmente é a principal fonte geradora do PIB valadarense. O GV Shopping, localizado no centro da cidade é um dos mais movimentados da região. Além de grandes lojas, como o Ponto Frio, Lojas Americanas, McDonald's, o shopping possui pequenas e médias empresas com sede no próprio município ou na região. Assim como no resto do país o maior período de vendas é o Natal.

ASPECTOS DEMOGRAFICOS

Indicadores

- **Taxa de Escolarização:** 81,19%.
- **População (%) usuária da assistência à saúde no SUS:**70%.
- **Densidade demográfica:** 112,1 habitantes por km².
- **Escolarização.**

Tabela 2. Ensino Educacional. Governador Valadares.2014

Educação de Governador Valadares em números

Nível	Matriculas	Docentes	Escolas (Total)
Ensino prè-escolar	5.103	347	86
Ensino fundamental	44.962	2.592	126
Ensino medio	12.091	820	36
Ensino superior	8.489	525	3

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

A cidade de Governador Valadares, em 2008, contava com aproximadamente 62.156 matrículas, 3.759 docentes e 4007 escolas nas redes públicas e particulares.

O município conta com um dos maiores polos educacionais da região do Vale do Rio Doce. A Universidade Vale do Rio Doce – Univale foi fundada em 1967. Atualmente mantém mais de 30 cursos de graduação. A Universidade está distribuída em dois campus. Tem hoje uma área de quase 750 mil m². Possui duas bibliotecas: Doutor Geraldo Vianna Cruz e a Biblioteca Setorial, que reúnem ao todo cerca de 80 mil títulos e 113 mil exemplares.

Taxa de Crescimento Anual

Tabela 3. Crescimento populacional de Governador Valadares.2014

Ano	1909	1913	1930	1940	1950	1960	2010	2014
População	200	300	2.130	5.734	20.357	70.494	263.594	277

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza

Tabela 4. IDHM - Renda e Pobreza Governador Valadares-2010

Renda per cápita	678,74
Incidência de pobreza	0,2464
Incidência de pobreza subjetiva	0,169

Fonte: IBGE, Censo demográfico IBGE 2010

SISTEMA LOCAL DE SAÚDE - DADOS SOBRE:

Conselho Municipal de Saúde (composição, regularidade de reuniões etc.):

Conselho Municipal de Saúde possui presidente, vice presidente, 1º e 2º secretário, câmara técnica. Suas reuniões ordinárias são mensais (terça feira do mês); Também foi implantado em 2012 o Conselho Local de Saúde de cada área de abrangência da Equipe de Saúde da Família.

Conselho municipal de Saúde é o órgão de planejamento, coordenação, execução e controle das atividades relacionadas com a saúde. Foi criado em 1991, por meio da lei nº 3.418, é paritário, sendo metade dos conselheiros representantes do governo, prestadores de serviço conveniados ao SUS e profissionais de saúde e, a outra metade, representantes de usuários.

O Conselho Regional de Saúde é composto pelos pares: representante da Sistema Municipal de Saúde, representante dos funcionários, representante da unidade e 03 representantes da comunidade. A eleição foi realizada após uma conferência local.

Composição.

- Secretaria de saúde
- Gerência de Controle de Zoonosis
- Gerência de Vigilância Sanitária (VS)
- Departamento de Vigilância em Saúde
- Gerência de Vigilância Epidemiológica
- Departamento de Atenção à Saúde – DAS
- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)
- Coordenação de Atenção Básica
- Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria – DCAA

- Hospital Municipal (HM)
- Diretoria Executiva, Clínica e Técnica
- Centro de Apoio ao Deficiente Físico Dr. Otaviano Soares (Cadef)
- Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais (CREDEN)
- Centro de Referência em Atenção Especial à Saúde (Crase)
- Centro de Referência em Oftalmologia Social (CROS)
- Programa de Saúde Bucal
- Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)
- Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS)
- Farmácia Municipal
- Policlínica Central
- Centro de Informação e Análise da Atenção à Saúde (CIAASA)
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
- Centro de Saúde Dr. Ruy Pimenta
- Centro Viva Vida (CVV)
- Centro de Referência em Saúde Mental (Cersam)
- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD)

Sistemas de referência e contrarreferência

Sistema de referência e contra referência dos serviços de saúde do município ainda é falho devido à baixa adesão dos profissionais da atenção secundária no sistema do Sistema Único Saúde e seu desenho lógico com seu sistema de hierarquização segundo os níveis de complexidade. Governador Valadares possui uma central de marcação para que os encaminhamentos da atenção primária sejam referenciados para atendimento de especialidades. A Sistema Municipal de Saúde possui 41 especialidades no momento atendendo em seus Centros de referência. Não existe contra referência alguma desde os médicos da atenção secundária nos hospitais, consultas especializadas, urgências ou outros.

Modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para

assegurar a atenção integral aos usuários. Porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intra-equipes de saúde, Inter-equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes. Ainda é falho devido à baixa adesão dos profissionais da atenção secundária.

Segue sendo um problema este tema em Valadares, pois a referência dos postos de atenção primária se fazem para atenção secundária e terciária mais não se recebem que acontece com os pacientes, para fazer uma Inter consulta com especialidades depois de realizar a primeira consulta eles tem que voltar de novo aos postos de saúde para encaminhar de novo. Não existe contrarreferência alguma de hospitais em casos de urgências ou outros.

Redes de Média e Alta Complexidade

Governador Valadares conta com 10 centros de referência:

C Centro de Referência em Atenção Especial à Saúde, Centro de Referência em Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, Centro Viva Vida, Policlínica, Centro de Apoio ao Deficiente Físico Dr. Otaviano Soares, Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Centro de Referência em Oftalmologia Social, Centro de convivência.

Atualmente um dos principais hospitais do município sofre as más condições do seu atendimento. No Hospital Municipal de Governador Valadares, muitos médicos ameaçaram pedir demissão devido à precariedade da instituição e às alterações de salário. O município ainda possui outros hospitais particulares, como a Casa de Saúde Maternidade Santa Teresinha, Beneficência Social Bom Samaritano, Instituto do Coração do Leste Mineiro, Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Médio Rio Doce, HEMOMINAS, a Casa de Saúde Nossa Senhora das Graças, o Hospital Samaritano, Hospital Infantil Unimed Criança, Hospital São Lucas, Hospital São Vicente de Paula, dentre outros de relevância regional. O município possui 151 estabelecimentos de saúde, sendo 78 deles privados e 73 municipais entre hospitais, pronto-socorro, postos de saúde e serviços odontológicos. A cidade

possui 180 leitos para internação em estabelecimentos de saúde. Na cidade, existem 2 hospitais especializados (ambos privados) e 7 gerais, sendo 1 público, 2 filantrópicos e 4 privados. Governador Valadares conta ainda com 152 médicos cirúrgicos, 175 clínicos, 52 complementares, 73 obstétricos, 146 pediátricos e 1 de outra especialidade, totalizando 599. No ano de 2006, foram registrados 4.156 de nascidos vivos, sendo que a Taxa Bruta de Natalidade é de 16.0.

CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO / ÁREA DE ABRANGÊNCIA

A Unidade Básica de Saúde Ipê situa-se na Rua Sândalo # 1211, Bairro Ipê, no Município de Governador Valadares.

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.

O acesso a 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 BR 116, é de fácil acesso à maioria. Foi à terceira unidade a ser implantada no município, inaugurada em fevereiro de 1998.

ASPECTOS DEMOGRAFICOS:

- Total de famílias: 1076.
- Total de pessoas: 3693.
- Composta por 6 áreas de abrangência.

Tabela 5. População segundo a faixa etária na área de abrangência da ESF Ipê, 2014.

Faixa etária	Numero
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: SIAB 2014

ASPECTOS AMBIENTAIS.

Tabela 6. Famílias cobertas por tratamento de água no domicílio na área de abrangência da ESF Ipê, 2014.

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

Fonte: SIAB 2014

RECURSOS DA COMUNIDADE

Outros recursos da comunidade, incluindo área de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, escolas, creches, igrejas): Um posto de saúde. Possui igreja católica, protestante, creche, escola de nível fundamental.

Serviços existentes (luz elétrica, água, telefonia, correios, bancos): A maioria dos domicílios possui energia elétrica, água encanada e esgoto.

RECURSOS HUMANOS

Número, profissão, horário de trabalho:

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, 1 enfermeira, 2 médicos, 1 dentista e 1 técnico em saúde bucal.

Além de profissionais como Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista e Técnico em Farmácia do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, que comparecem à unidade uma vez por semana.

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

Área física e uso.

A ESF conta com uma área de recepção com assentos para os pacientes, sala de reunião, 1 consultório médico, 1 consultório odontológico, sala de enfermagem, farmácia, sala de vacinação, sala de procedimentos, sala dos arquivos, sala de curativos, banheiros.

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 faltam alguns elementos básicos para maior resolutividade da demanda, como local para pacientes que necessitem de observação, aparelhos de nebulização, oxigênio, insulina regular e algum medicamento que acabam antes da renovação do estoque.

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- ✓ Realizar intervenção para aumentar à melhoria da adesão ao tratamento farmacológico de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Ipê.

Objetivos Específicos

- ✓ Identificar as pessoas com dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo na Unidade de Saúde da Família Ipê, município Governador Valadares.
- ✓ Fazer ações educativas junto aos hipertensos, considerando os fatores relacionados ao paciente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde que intervierem nessa adesão.

REFERENCIAL TEÓRICO

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica caracterizada por um aumento contínuo no número de pressão do sangue nas artérias. Apesar de não haver limite estrito para definir a fronteira entre risco e segurança, de acordo com o consenso internacional, a pressão sistólica sustentada acima de 139 mmHg ou pressão diastólica contínuo superior a 89 mmHg estão associados com um aumento mensurável risco da aterosclerose e, portanto, é considerada clinicamente significativa hipertensão (Perez, 2005). Prevenção da hipertensão arterial é a medida mais importante e menos dispendioso de saúde universal. Melhorias na prevenção e no controle da pressão arterial é um desafio para todos os países e deve ser uma prioridade para as instituições de saúde.

Sendo a HAS uma doença crônica, ela pode ser controlada, mas não curada, requerendo tratamento e cuidados ao longo da vida, um fato preocupante é que muitos indivíduos só descobrem que são portadores da doença quando apresentam complicações graves (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

A medida da pressão arterial na posição ortostática deve ser feita, pelo menos, na avaliação inicial, especialmente idosos, diabéticos, portadores de disautonomias dependentes do álcool, e usuários de medicamentos anti-hipertensiva. Qualquer atribuição de valor numérico e arbitraria e qualquer classificação insuficiente. Considerar, além dos níveis de pressão, a presença de fatores de risco, e lesão de órgãos-alvo (KATZUNG, 2003).

FATORES PREDISPOANTES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Algumas abordagens dos fatores de risco relacionados à hipertensão arterial, fatores não-modificáveis e os modificáveis (FARIAS,2007).

Fatores de riscos

Não modificáveis	-Hereditariedade: antecedentes familiares de Hipertensão arterial; -Idade: o envelhecimento aumenta o risco do desenvolvimento
-------------------------	---

da hipertensão em ambos os sexos. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão arteriais mais elevadas para homens a partir dos 50 anos e para mulheres a partir dos 60 anos;

-Raça: estudos mostram que a raça negra é mais propensa à Hipertensão Arterial que a raça branca. No Brasil, não há confirmação dessa evidência.

Modificáveis

-Peso: a obesidade está associada ao aumento dos níveis pressóricos. Ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos para hipertensão arterial, sendo a obesidade um importante indicador de risco cardiovascular aumentado;

-Sedentarismo: aumenta a incidência de hipertensão arterial. - Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão arterial em relação aos indivíduos ativos, a atividade física regular reduz a pressão arterial;

-Tabagismo,

-Bebida alcoólica: o uso abusivo de bebidas alcoólicas pode levar à hipertensão;

-Excesso de sal,

-Estresse: excesso de trabalho, angústia, preocupações e ansiedade podem ser responsáveis pela elevação aguda da pressão arterial.

Os estudos epidemiológicos os concluem que diversos fator de risco tem relação a hipertensão arterial, dentro destes mencionamos genéticos, a idade, sexo, cor da pele, sobrepeso e obesidade, as dietas ricas em sódio, tabagismo, uso excessivo de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, o hábito de fumar, hiperlipidêmica, gênero (KIELLER, 2004).

TRATAMENTOS

O tratamento deve ser uma parte da vida do paciente, para o controle da hipertensão arterial inclui além da utilização de medicamentos, a modificação

de hábitos de vida, o tratamento não medicamentoso constitui medida fundamental na abordagem da HAS, as principais estratégias para o tratamento não farmacológico incluem a modificação do estilo de vida como controle do excesso de peso, o paciente deve chegar a um peso normal com índice de massa corporal menor a 25, adoção dos hábitos alimentares saudáveis, redução do consumo de consumo de bebidas alcoólicas y de sal, abandono do tabagismo, realizar exercício físico incentivar e consumo de frutas, verduras y produtos lácteos (BRASIL, 2006).

A conduta alimentar básica em pacientes com hipertensão arterial deve: utilizar restritamente alimentos industrializados; limitar ou substituir doces e derivados do açúcar por carboidratos complexos e frutas; optar por alimentos com reduzido teor de gordura e manutenção de uma ingestão adequada de cálcio pelo uso de produtos lácteos, de preferência desnatados (Mion Jr. *et al*, 2004), citado por FARIA (2007).

O tratamento farmacológico para o controle da hipertensão arterial tem muitos objetivos principais tais como a melhorada qualidade de vida do paciente, prevenir doenças, complicações agudas e reduzir as morbimortalidade. A adesão requer que o paciente seja ativo e colabore com os profissionais da saúde nos ajustes dos objetivos para o seu tratamento. Os pacientes devem obedecer os horários de tomara a medicação.

Segun Campos (2011), os pacientes precisam de informações, instruções, e recomendações para que possam ter o tratamento e adquirir as habilidades necessárias para tomar os medicamentos.

A existência da equipe multiprofissional é um fator facilitador, mas o papel do médico neste contexto é fundamental, na medida em que exerce tanto influência sobre a decisão do paciente quanto é um elemento crucial nesta engrenagem sendo um elo importante da equipe. (BARRETO; JARDIM; SOUZA, 2013).

Ações dirigidas a cada um dos pontos determinantes da pouca adesão poderão contribuir significativamente para implementar o processo da adesão correta, favorecendo um melhor controle da PA, contribuindo assim para a diminuição da morbimortalidade por esta causa (BARRETO; JARDIM; SOUZA, 2013).

METODOLOGIA

A definição das etapas propostas no projeto exposto foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação. Vários problemas foram identificados pela equipe Ipê durante o diagnóstico situacional, mas foi considerado prioritário aquele que a equipe viu ser passível de ser trabalhado por ela. A pesquisa no campo bibliográfico consta em procurar nos livros e documentos as informações necessárias para dar seguimento à investigação de um tema de interesse do pesquisador (LIMA, 2004).

Elaborou-se a proposta de intervenção, que foi realizada utilizando-se o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Com o fim de desenvolver ações que melhorem o tratamento dos hipertensos. Através dessa participação é possível enriquecer o processo de planejamento, criar corresponsabilidades dos atores com a efetivação do plano de ação, possibilitando mais legitimidade, mesmo, viabilidade política ao plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os critérios de inclusão serão aqueles pacientes hipertensos, com idade maior de 20 anos, de qualquer sexo e raça, que estejam cadastrados na população adscrita na ESF, que participem do grupo Hiperdia e que concordem em participar do projeto.

Serão critérios de exclusão aqueles pacientes que não desejem participarem. As melhoras cardiovasculares e na qualidade de vida serão feitas mediante as medidas dos aspectos que determinam o bom controle da hipertensão ao início e final do projeto.

Serão feitas consultas priorizadas com o enfoque do processo saúde-doença baseado na educação, criando um espaço no qual os pacientes sentam-se em confiança para exporem suas dúvidas e ampliem seus conhecimentos, baseados em evidências científicas. Além disso serão feitas palestras educativas com a participação da enfermeira, médico e os membros ativos da equipe do NASF: psicólogo, nutricionista, educadora física, farmacêutica e ACS.

A periodicidade dos encontros serão semanalmente, durante a participação do programa Hiperdia, nas quartas feiras e, os temas abordados serão direcionados ao autocuidado, como:

- O significado da hipertensão para o portador da doença.
- O uso correto das medidas preventivas voltadas para o autocuidado referente a cuidado da visão e os pés, pratica de atividade física, hábitos alimentares, uso de medicamentos.
- Participação nas diferentes atividades físicas.

Os participantes serão agendados no final dos encontros para consulta com a enfermeira e o médico, para fazer avaliação das intervenções segundo o desenvolvimento do cronograma do projeto.

A avaliação dos resultados do projeto será feita após última consulta de avaliação dos parâmetros de controle onde serão feitos além, toma das medidas antropométricas.

DESENVOLVIMENTO:

ANALISE SITUACIONAL

Definição e priorização dos problemas

Os problemas da unidade foram selecionados a partir da observação situacional e também da análise das fontes de dados disponíveis a partir das fichas de produção diária e mensal da equipe ESF IPE do Município Governador Valadares, Minas Gerais, percebeu-se como principais situações que dificultavam o desenvolvimento de um bom trabalho.

Os problemas identificados foram:

1. Hábitos de estilos de vida inadequados.
2. Alto índice de alcoolismo.
3. Atendimentos de urgência e emergência.
4. Baixo nível de informação sobre a doença hipertensiva.
5. Desconhecimento dos fatores de risco da Hipertensão Arterial.
6. Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial.
7. Doença mental.
8. Alta prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.
9. Baixa qualificação da equipe de Saúde.
10. Baixa condição socioeconômica.

Estabelecimento de ordem de prioridades.

Após a definição dos problemas, a equipe procedeu-se à priorização dos mesmos, orientando e direcionando custos e esforços para sua resolução. Como sugerido por (CAMPOS *et al* 2010), os critérios para priorização dos problemas foram: sua importância (com valor baixo, médio ou alto), sua urgência (com distribuição de 50 pontos), a capacidade de enfrenta-los (se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe).

Os problemas foram enumerados por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios, através de uma seleção.

Quadro # 1. Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional.

Comunidade Ipê – ESF Ipê / Priorização dos problemas

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Hábitos de estilos de vida inadequados.	Alta	8	Parcial	3
Alto índice de alcoolismo.	Alta	4	Parcial	8
Atendimentos de urgência e emergência.	Alta	9	Parcial	2
Baixo nível de informação sobre a doença hipertensiva.	Alta	6	Parcial	5
Desconhecimento dos fatores de risco da Hipertensão Arterial.	Alta	5	Parcial	7
Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial.	Alta	10	Parcial	1
Doença mental.	Alta	4	Parcial	9
Alta prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.	Alta	7	Parcial	4
Baixa qualificação da equipe de Saúde.	Alta	3	Parcial	10
Baixa condição socioeconômica.	Alta	6	Parcial	6

Obtive se a seguinte ordem de prioridade:

1. Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial.
2. Atendimentos de urgência e emergência.
3. Hábitos de estilos de vida inadequados.
4. Alta prevalência de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.
5. Baixo nível de informação sobre a doença hipertensiva.
6. Baixa condição socioeconômica.
7. Desconhecimento de fatores de risco da Hipertensão Arterial.
8. Alto índice de alcoolismo.
9. Doença mental.

10. Baixa qualificação da equipe de Saúde.

Após a priorização dos problemas apontados pela equipe da ESF Ipê, “A baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial”, foi escolhida como alvo de atenção especial, com avaliação dos conhecimentos e procedimentos para seu enfrentamento, devido ao seu elevado grau de importância e urgência de pronta solução devido à elevada quantidade de complicações e afecção de órgãos causando Insuficiência Renal Crônica, Cegueira, Infarto Agudo Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral entre outros.

A Equipe de Saúde da Família tem em seu funcionamento a atuação multidisciplinar, e pode-se ressaltar a atuação dos médicos e demais profissionais de saúde, como facilitadores a adesão do paciente ao tratamento e do controle da hipertensão, além de outras doenças crônicas (MANO, PIERIN, 2005).

Descrição do problema:

“Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas “

Segundo CAMPOS; FARIA e SANTOS (2010) o objetivo da explicação é entender a origem do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. A realidade das equipes de atenção básica demonstra que, nas ESF cotidianamente se deparam com problemas como a baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial assim como da aparição de complicações derivadas do mau manejo e controle da doença por parte dos pacientes e que levam à aparição de condições invalidantes diversas (BRASIL, 2006). Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento das complicações desta afeção

A 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 Ipê, 2014.

Descritores	Valores	Fontes
-------------	---------	--------

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

Explicação do porque foi escolhido:

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

Relacionadas aos pacientes:

- Inatividade física, ao sedentarismo, o déficit da pratica de esporte.
- Estilos de vida inadequados.
- Baixo nível de conhecimento, educativo e cultural.
- Traços culturais persistentes.
- Grau de dependência: pacientes acamados ou com incapacidade mental.

Relacionadas com equipe de saúde:

- Falta de incentivo para ações preventivas.
- Baixo conhecimento sobre os fatores causadores da doença hipertensiva.
- Receitas com prescrições ilegíveis.
- Mala programação de atendimento médico e de acompanhamento.

O problema foi escolhido por a Equipe de Saúde porque devemos brindar-lhe uma atenção especial, com avaliação dos conhecimentos e procedimentos para seu enfrentamento, devido ao seu elevado grau de importância e urgência. Uma vez fecho a análise foi priorizado “A baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial” pois o mesmo abrange outras complicações citadas.

Descrição, explicação e identificação de “nós críticos”.

A Hipertensão Arterial está na lista das doenças de maior índice de morte no mundo, e está chegando cada vez mais perto do topo da lista. Foram identificados alguns nós críticos para o enfrentamento do problema de saúde na atenção básica, que segundo CARDOSO, *et al.* (2008), trata de um tipo de causa de um problema que quando trabalhada possa ser transformada dentro da realidade da localidade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Nó Crítico:

- Baixo nível de conhecimento da população acerca da Hipertensão Arterial.
- Hábitos de estilos de vida inadequados.
- Inadequado nível de informação da equipe.
- Comprometimento ineficaz da equipe.

As complicações causadas pela hipertensão se dão, basicamente, pelo excesso da pressão, envolvendo alterações que vão provocando paulatinamente lesões em órgãos diana e nervos periféricos. Dentro das complicações crônicas descreve-se como mais frequentes: problemas neurológico, Cardiopatia Isquêmica, Doença Cerebrovascular e Vascular Periférica (SAÚDE, 2011; Viera-Santos *et al.*, 2011). Os problemas cardíacos como acidentes cardiovasculares e ataque cardíaco são entre 2 e 4 vezes maior nas pessoas com hipertensão.

Elaboração do plano de intervenção:

As ações propostas pelo Equipe Ipê, com o objetivo de contribuir para o melhoramento da adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial.

Atividades propostas	Responsáveis pela realização	Resultados Esperados	Período
Cadastramento hipertensos	ACS'S e técnica de enfermagem (Penha).	Capacidade de oferecer melhor acolhimento aos usuários.	Início: em três. Termina: indeterminado.
Treinamento e atualização dos profissionais da	Enfermagem (Herika) e a Médica (Jamy).	ESF mais capacitada para lidar com as dificuldades do Programa de Hipertensão	Início: dois meses.

equipe de saúde.		Arterial.	
Criação do hiperdia.	Enfermagem (Herika) e a Medica (Jamy).	Alcance das metas preconizadas para o bom controle clinico de pacientes hipertensos	Início: três meses.
Início das palestras informativas.	Enfermagem (Herika), a Médica (Jamy) e profissionais de NASF.	População mais informada sobre Hipertensão Arterial (fatores de risco, prevenção, complicações e adesão a terapia medicamentosa).	Início em 3 meses. Termino: indeterminado.
Avaliação e controle de acompanhamento dos pacientes.	ACS'S, técnica de enfermagem(Penha), enfermagem(Herika) e a medica(Jamy).	Os usuários estaram melhor informados quanto aos riscos da não adição ao tratamento medicamentoso da hipertensão. Também serão capazes de abandonar o sedentarismo adotando hábitos mais saudáveis	Início: 2 meses. Termino: indeterminado.

HIPERDIA

O hiperdia é um sistema de cadastramento e acompanhamento de usuários hipertensos e diabéticos nas unidades ambulatoriais, o sistema também permite a garantia do recebimento dos medicamentos e pode permitir o desenvolvimento do perfil epidemiológico da população (Datusus, 2013). Em Minas Gerais, o programa HIPERDIA Minasf foi estabelecido pela Resolução SES # 2606, de 07 de Dezembro de 2010, e tem como missão coordenar a rede de atenção a população com HAS, diabetes mellitus (DM), e doença renal crônica (DRC). Os objetivos do programa são, formular ações voltadas para a redução dos fatores de risco, melhorar a qualidade de vida e ampliar a longevidade da população por meio de intervenções capazes de diminuir a morbimortalidade e qualificar os profissionais da rede pública de atenção de saúde para ofertar atenção integral aos usuários portadores das afeções citadas anteriormente (MARQUES, 2010).

Na estruturação do HIPERDIA, cabe a atenção primaria realizar ações de promoção de saúde, identificar populações de risco, realizar diagnostico, busca ativa dos casos, e cadastro dos usuários portadores de HSA e DM. Também compete a APS estratificar o risco, tratar e acompanhar os casos

diagnosticados, prevenir e diagnosticar complicações, encaminhar a atenção secundária quando necessário elaborando plano de cuidados e realizar primeiro atendimento de urgência e encaminhamento se necessário. Compete a atenção secundária prestar atendimento especializado e apoio diagnóstico e terapêutico. Aos serviços de atenção terciária cabe dar suporte aos portadores de HAS e DM em situações de urgência e emergência (MARQUES, 2010).

Diante deste contexto, faz-se de extrema importância destacar o programa Hiperdia, que foi criado em 04 de março de 2002, por um Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com o objetivo de atacar a fundo o problema, estabelecendo metas e diretrizes para aplicar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, através da reorganização do trabalho de atenção de saúde, das unidades da rede básica dos Serviços de Saúde/ Sistema Único de Saúde (SUS)(ALMEIDA, GUEDES, 2008).

O Ministério de Saúde (BRASIL,2002), oferece aos cadastrados no Programa Hiperdia a distribuição de medicamentos através do SUS. A administração é feita pelo Ministério da Saúde através das unidades ambulatoriais do SUS, gerando informação para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. Dessa forma, espera-se que a missão de melhorar a qualidade de vida dos usuários portadores da HAS possa ser cumprida.

JUSTIFICATIVA

O tema sobre a hipertensão arterial em pacientes foi muito importante para a população da área, conseguimos elevar o nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial em nossos pacientes. Considerando-se que as doenças crônicas não transmissíveis têm um forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, causando morte prematura e gerando grandes e subestimados efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral, é necessário conferir ações efetivas, integradas, sustentáveis, longitudinais e baseadas em evidências para a prevenção e controle dessas enfermidades. É preciso grande empenho por parte dos tomadores de decisão e dos líderes em saúde para superar esse desafio. Dentre os elementos essenciais para aprimorar os sistemas de saúde, destaca-se a reorientação dos modelos antes voltados para problemas agudos no atendimento das condições crônicas, com ações que integrem a promoção da saúde e a prevenção primária dos fatores de risco.

Tabela 7- População urbana/rural. Governador Valadares-2014

População	Número absoluto	%
População residente masculina	125.237	47,49%
População residente feminina	138.452	52,51%
População urbana	253.300	96,06%
População rural	10.389	3,94%
Taxa de Urbanização		96,06%
Total população (2010):	263.689 hab.	100%

Fonte: Pnud, Ipea e FJP.

Tabela 8. Aspectos demográficos do Município de Governador Valadares. 2014

Sexo	Faixa etária (anos)									Total
	<1 ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-39	40-59	60 e +	
Masculino	749	7.359	10.240	11.871	11.401	11.385	29.621	28.564	13.029	125.237
Feminino	1643	7304	9874	11.720	11.828	11.988	32.934	33.428	17699	138.452
Total	3392	14663	20114	23591	23229	23373	62555	61992	30728	263689

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

O índice de Desenvolvimento Municipal (IDH-M) de Governador Valadares é considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), seu valor é de 0,772, sendo o 157º maior de todo estado de Minas Gerais.

A equipe é preparada para continuar realizando mais trabalhos deste tipo com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento da população e estimulando a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e de bem estado geral, o projeto contribuiu de forma significativa para melhoria das condições de saúde e de vida da população, a Equipe de Saúde da Família Ipê compreendeu a necessidade existente de desenvolver uma proposta de intervenção para modificar a situação vivenciada no PSF Ipê. Diante esta situação será proposta uma intervenção com o objetivo de lograr influência sobre o conhecimento dos pacientes hipertensos em quanto a melhoras os indicadores de adesão farmacológica e, conseqüentemente melhorar a qualidade de vida e de saúde dessa população, com a implementação de ações educativas, que sejam capazes de obter melhoras nos índices e dos aspectos determinantes do controle da hipertensão.

O Equipe de Saúde da Família Ipê situa-se no bairro Ipê, a ESF foi implantada no município em 1997, inicialmente com 2 equipes. Em 2004 tínhamos 15 equipes, em 2010 estavam implantadas 35 ESF. Atualmente temos 45 equipes em funcionamento, porém 42 atestadas pelo MS, destas 45 equipes, sendo que 03 são rurais. Programa Saúde da Família (sobre a implantação, cobertura, nº de equipes SF, SB, NASF, CEO etc.): A rede de atenção básica do município possui 10 unidades Básicas de Saúde tradicional e 45 estratégias de saúde de família. Temos 4 PAC'S (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) em funcionamento sendo 3 urbanos e 01 rural. A cobertura do PAC'S é de 17% da população. Temos 04 equipes de NASF que possui os seguintes profissionais (farmacêutico, fisioterapeuta, educador físico, assistente social, nutricionista, psicólogo). A cobertura do município atualmente é de 48,18% e quando todas as 45 equipes estiverem atestadas será de 52%. Contamos com uma assistência integral, oferecendo serviços de atendimento médico, de enfermagem, odontológico é feito diariamente por uma equipe

multiprofissional composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnica em enfermagem, 6 agentes comunitárias, 1 dentista, 1 técnica em saúde bucal, 1 secretaria e 1 pessoa de administração.

A doença cardiovascular mais frequente que afeta mais de 60% da população maior de 15 anos, sendo um dos principais fatores de risco para doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, outras, como doenças renais crônicas e retinopatia hipertensiva. Na área de abrangência da ESF Ipê há 522 hipertensos cadastrados no HIPERDIA, o que representa 13,04 % da população local, do total do pacientes cadastrados no Programa HIPERDIA, apenas 307 (58,81%) mantem adesão ao tratamento farmacológico.

A proposta do plano de intervenção é de assumir uma postura mais educativa para os profissionais participantes desta equipe, capacitando pedagogicamente e garantindo ao paciente apropriação do conhecimento, contribuir de forma significativa, para que estas estratégias sejam bem sucedidas e contribuam o controle das afecções crônicas e diminuindo a ocorrência de eventos cardiovasculares na população, com isso busca-se reduzir a morbimortalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Todas as doenças crônicas não transmissíveis têm um impacto na qualidade de vida das pessoas afetadas, gerando efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral, por isso é necessário fazer ações integradas, sustentáveis, longitudinais e baseadas em evidências para a prevenção e controle dessas enfermidades, ações que integrem a promoção da saúde e a prevenção primária dos fatores de risco.

A ESF facilita a interação entre pacientes e equipe de saúde, o trabalho do profissional médico, justamente com uma equipe multidisciplinar pode contribuir para uma melhor adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos, melhorando a qualidade de vida desses pacientes. É importante, ainda, lembrar que tais ações terão êxito com reais modificações nos estilos de vida, as ações preventivas e de controle poderão vir a influenciar e na incidência e na prevalência da hipertensão.

Abordar sobre a hipertensão arterial em pacientes foi muito importante para a população da área, conseguiu elevar o nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial em nossos pacientes, contribuindo para sua hospitalização, administração correta do medicamento, informações e manejo do controle da hipertensão arterial e prevenção da mesma. A partir da implantação do plano de intervenção seja atendido o nosso objetivo que é elevar os níveis de conhecimentos sobre a doença hipertensiva a fim de reduzir as doenças crônicas e melhorar a qualidade de vida de pacientes hipertensos.

REFERÊNCIAS:

Aburris JL, Black HR. The seven report of the joint national commite. 7 Ed. **EUA**: Jama; 2003.

ARAÚJO, G.B. S; GARCIA, T.R. **Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo**: uma análise conceitual. Rev. Eletr. Enf. v. 08, n. 02, p. 259 - 272, 2006. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 10 maio 2011.

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.

ALMEIDA, L.O, GUEDES, D.S. Perfil de pacientes idosos inscritos no programa Hiperdiana UBS II de abril no município de JI-Parana/RO. **Ciencia&Conciencia**, v.2, n.1, p.1, 2008.

BARRETO, P C; JARDIM, T S; SOUZA, W K. Hipertensão arterial sistêmica / Systemic arterial hypertension. **Rev Bras Med.**, v. 70, n.12, dez., 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. **Abordagem nutricional em diabetes mellitus**;1999. Disponível em <www.saude.gov.br/diabetesmellitus> (14 junho 2002).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica** - Cadernos de Atenção Básica nº15. Brasília, D.F.2006, 58 p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Contagem Populacional. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=312770&search=%7Cgovernador-valadares>> Acesso em: jan. 2007.

CAMPOS F.C.C.; FARIA H.P.; SANTOS M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114 p. Disponível: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 12 de novembro 2011.

CARDOSO, F.C *et al.* **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.

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.

Cubero Marín O. **Prevalência da hipertensão arterial em uma comunidade do município de Cárdenas**. Rev Cubana MedGen int. 2006; 16.

DOURADO, C.S, COSTA, K, N.F, M., OLIVEIRA, J.S. LEADABAL, O.D, C, PSILVA JUNIOR, G.R.F. **Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde** de Joao Pessoa, Estado Paraíba. Acta Scientiarum Health Sciencies. Maringa, v.33, n.1, p.9-17,2011.

FARIA; Valéria; Andrade. **Padrão da dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares em Ouro Preto**. Minas Gerais. [manuscrito], 2007. (Dissertação de Mestrado).

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.

Fuentes Nápoles L. **Prevalência da hipertensão arterial em uma área de saúde**. Rev Cubana Enf. 2007; 169-73.

Gordón Martín P. **Hipertensão Arterial**. Seu controle no nível primário de saúde. Rev Cubana Med Gen Int. 2006; 195-201.

KATZUNG, B. G. **Farmacologia básica e clínica**. 8.ed.Rio de Janeiro, Guarabara Koogan, 2003.

KIELLER, M. **Assistência de Enfermagem a pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica**. Revista de Enfermagem. UNISA 2004.

<http://www.unisa.br>>. Acesso em: 30 de outubro 2011.

LIMA, M. **Monografia**: a engenharia da produção acadêmica. São Paulo: Saraiva, 2004.

LOLIO, C.A. **Prevalencia de hipertenáo arterial em Araraquara**. Arquivo Brasileiro Cardiologia, v.55, n.3, p.167-73, 2006.

MANO, G.M.P.PIERIN, A.M.G **Avaliação do pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa de Saude da Familia** em um Centro de Saúde Escola. Acta Paulista Enfermagem, São Paulo, v.18, n.3, jul/set.2005.

MARQUES, A.J.S. Resolução SES # 2606 DE 07 DE Dezembro de 2010, **Secretaria de Estado de Saude de Minas Gerais**, Belo Horizonte, Dez. 2010,10p.

Ministerio de Saude. Censo IBGE / 2013. Departamento de informatica do Sistema Único de Saude – **DATASUS**, 2013.

NOBRE, F. et al.VI **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Revista Brasileira de Hipertensão. Rio de Janeiro, vol. 17, n.1, Jan/Mar. 2010, 57 p.

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.

Pérez Fernández GA, Jiménez Trujillo JA, Márquez Espino I. **Afetaçõe estrutural cardiovascular cedo detectadas por ecocardiografia bidim.** MAPFRE med. 2005; 16: 159-65.

Pharmacy Practice (Internet) [online]. 2010, vol.8, n.3, pp. 187-192. ISSN 1886-3655. TEXTO EM INGLES BIBLIOGRAFIA.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensao.** Arquivo Brasileiro Cardiologi, v.95, n.1, supl. 1, p. I-III 2010.

Viera-Santos et al. **Prevalência de fatores de risco e complicações do Diabetes Mellitus Tipo 2** em usuários de uma Unidade de Saúde da Família. Revista Brasileira de Ciências da Saude. Vol 15, n 3: pp.277-286, 2011.