

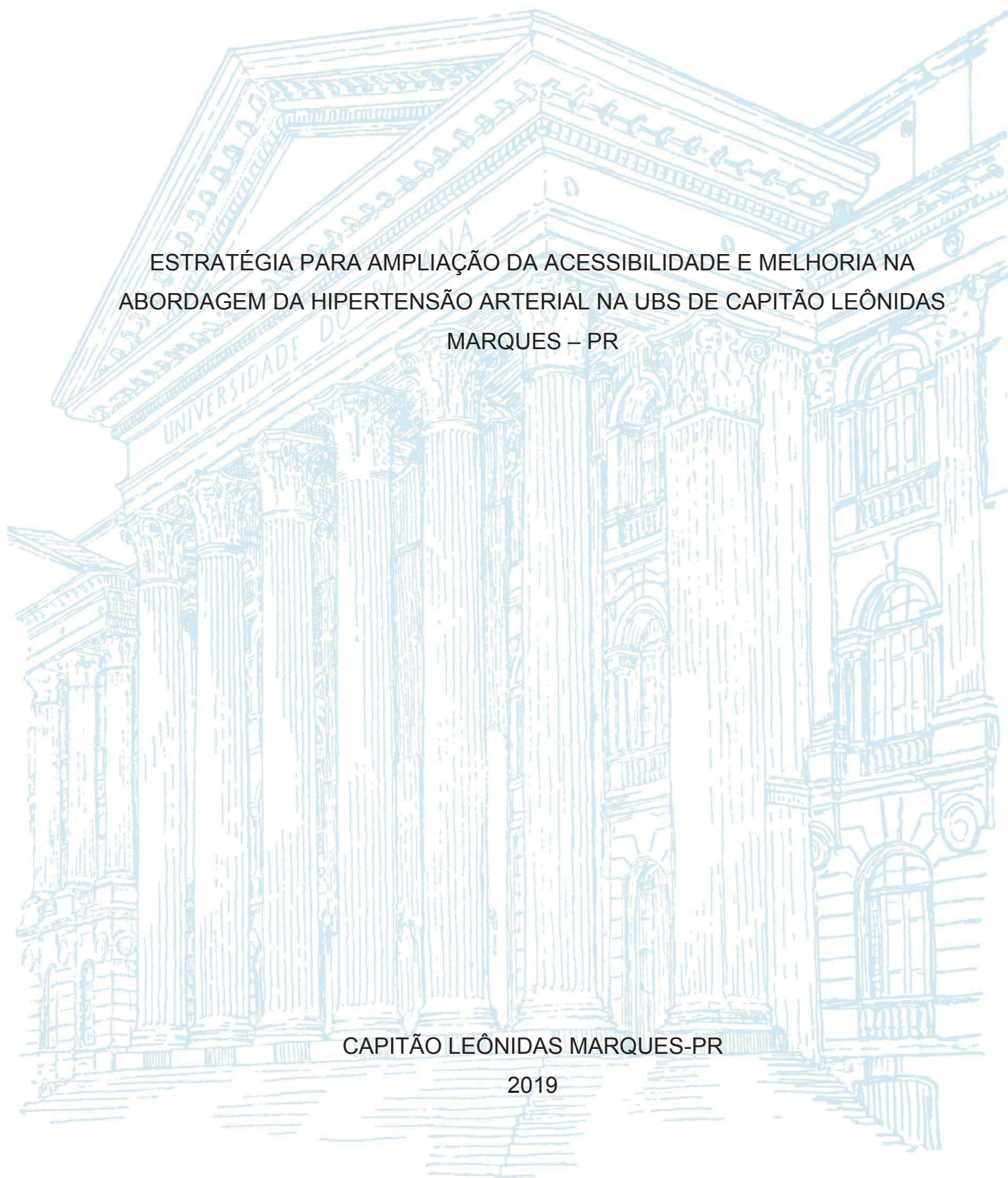
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

INOZEMAR MARTINS DA SILVA ALMEIDA

ESTRATÉGIA PARA AMPLIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE E MELHORIA NA  
ABORDAGEM DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UBS DE CAPITÃO LEÔNIDAS  
MARQUES – PR

CAPITÃO LEÔNIDAS MARQUES-PR

2019



INOZEMAR MARTINS DA SILVA ALMEIDA

ESTRATÉGIA PARA AMPLIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE E MELHORIA NA  
ABORDAGEM DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UBS DE CAPITÃO LEÔNIDAS  
MARQUES - PR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Pós-Graduação em Atenção Básica,  
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal  
do Paraná, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Msc. Emanuela Carla dos Santos

CAPITÃO LEÔNIDAS MARQUES - PR

2019

Dedico este trabalho a Deus que é mantenedor da minha vida, e que me concede sabedoria para discernir e humildade para aprender.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus porque ELE é essencial, é Alfa e Ômega.

Agradeço ao meu esposo e filhos pela paciência e apoio em mais este trabalho que exigiu tempo e ausência em momentos familiares.

Agradeço a Equipe de Saúde da Unidade Básica Pedro Dallabrida, pela parceria e apoio em cada passo dessa intervenção.

Agradeço ao corpo docente da UFPR por disponibilizar aprendizado e oportunidades.

Agradeço a minha Orientadora Emanuela Santos, pelas correções e por administrar com ética esse processo de formação profissional.

## RESUMO

Introdução: O Plano de Intervenção que trata da Estratégia para Ampliação da Acessibilidade e Melhoria na Abordagem da Hipertensão Arterial na UBS de Capitão Leônidas Marques-PR, é um resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. Uma das atribuições da Atenção Básica, é a função de ser a porta de entrada para o sistema de saúde, levando a UBS a ser o contato preferencial dos usuários, envolvendo ações relacionadas com aspectos coletivos e individuais, visando resolver os problemas mais frequentes e que trazem maiores agravos. Esse atributo essencial, não sobressaía na fala do usuário da UBS Pedro Dallabrida, pelo contrário, havia a expressão de tentativas frustradas de privação dos direitos à saúde, vivenciadas no dia a dia e esse uso inoportuno dos serviços de saúde pode ser um fator de agravamento das doenças crônicas como a Hipertensão arterial, que tem uma alta prevalência na área adscrita, sendo 8,6% dos 2.880 usuários cadastrados. Objetivos: diminuir filas para atendimento médico, promover formas de agendamento, desenvolver ações para melhor acompanhamento dos hipertensos e aumentar vínculo dos usuários com ESF - Equipe de Estratégia de Saúde da Família. Método: Este plano de ação seguiu o planejamento estratégico situacional da UBS, envolvendo a opinião do usuário, dados de fichas cadastrais e revisões bibliográficas. A organização da agenda de atendimento médico, a viabilização de atendimento a grupos específicos, a busca ativa dos 247 hipertensos cadastrados pelos agentes comunitários de saúde e a implantação de HIPERDIA foram os recursos principais utilizados. Resultados: se alcançou a melhor qualidade no acesso, resolutividade no atendimento e um melhor controle dos níveis pressóricos com maior adesão ao auto cuidado dos hipertensos. Conclusões: Se nota que a Equipe de Estratégia de Saúde da Família tem autonomia na adequação do atendimento de acordo às necessidades dos usuários, e que as atividades programadas como HIPERDIA refletem diretamente na melhoria dos indicadores de saúde, apesar do mesmo apresentar uma fragilidade que é o risco do atendimento tornar-se predominantemente para dispensação de medicamentos.

Palavras-chaves: Demanda. Acesso. Estratégia. Hipertensão.

## ABSTRACT

One of the attributes of Primary Care, among others, is the function of being the gateway to the health system, leading UBS to be the preferred contact of users and the center of communication with the entire Health Care Network actions that relate to collective and individual aspects, aiming to solve the most frequent problems and that bring greater aggravations. To this end, the Health Strategy Team must have skills to meet the needs of the population, guaranteeing access with quality and resolution in the service, both in demand and in programmatic activities. Arterial Hypertension is part of the diseases of diseases, being recognized by the Ministry of Health as an important Public Health problem, so much that it has established Guidelines for follow-up, treatment of the individuals affected by it, aiming at the control and reduction of cardiovascular risks. In this context, effective strategies to meet demand are discussed, in order to achieve the principle of integrality and the elaboration of a plan to improve adherence to the self-care of patients with arterial hypertension, with priority being given to the implementation of the Hiperdia Group. It was followed the situational strategic planning of the Basic Health Unit Pedro Dallabrida, involving, user opinion, data of cadastre records and bibliographical revisions.

Key-words: Demand. Access. Strategy. Hypertension.

## LISTA DE SIGLAS

ACS	- Agente Comunitária de Saúde
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
CID	- Classificação Internacional de Doenças
DCV	- Doença Cardiovascular
DMTP2	- Diabetes Mielites Tipo 2
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
e-SUS AB	- Estratégia do Sistema Único da Saúde em Atenção Básica
HA	- Hipertensão Arterial
HDL	- Lipoproteínas de Alta Densidade
IAM	- Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IECA	- Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
IMC	- Índice de Massa Corporal
LDL	- Lipoproteínas de Baixa Densidade
MMMG	- Milímetros Miligramas
MS-DATASUS	- Ministério da Saúde – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
NASF	- Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	- Pressão Arterial
PCCU	- Preventivo de Câncer de Cólon Uterino
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PR	- Paraná
SESA/PR	- Secretaria de Saúde do Estado do Paraná
SIGSS	- Sistema Integrado de Gestão a Serviços de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
1.1	JUSTIFICATIVA .....	11
1.2	OBJETIVOS .....	12
1.2.1.1	Objetivo Geral .....	12
1.2.1.2	Objetivo Específico.....	13
1.2.2.1	Objetivo Geral .....	13
1.2.2.2	Objetivo Específico.....	13
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>21</b>
3.1	Dificuldade de Acesso a UBS.....	21
3.2	Hipertensão Arterial Sistêmica .....	22
3.2.1	Fatores de Risco Não Modificáveis .....	24
3.2.2	Fatores de Risco Modificáveis.....	24
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>27</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>29</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>31</b>
	<b>ANEXO 1: CARTEIRINHA HIPERDIA</b> .....	<b>33</b>
	<b>ANEXO 1: PANFLETO EDUCATIVO</b> .....	<b>34</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O bairro Cidade Baixa faz parte da zona leste do município de Capitão Leônidas Marques oeste do Paraná, e que abriga desde sua criação uma população mais favorecida, onde grande parte das casas é de alvenaria e maior parte dos moradores são proprietários de suas casas e utilizam transporte próprio como carro e moto. É uma comunidade formada por 970 famílias, abrangendo 18% da população municipal (15.724 mil habitantes, censo IBGE/Quadro 1), sendo 461 moradores na área rural e 2419 em área urbana.

Neste contexto de acordo com as informações coletadas a partir do preenchimento pelas Agentes Comunitárias de Saúde, da ficha de cadastro individual (A- E-SuS/AB) a população está distribuída da seguinte maneira: 1.400 homens, 1480 mulheres, sendo, 1676 adultos, 203 adolescentes, 581 idosos e 420 crianças.

No aspecto educativo, a grande maioria dos habitantes sabe ler e escrever. Existe uma boa escolaridade com baixa defasagem idade/escola, porém a taxa de analfabetismo segundo faixa etária censo IBGE 2010, para os acima de 50 anos era 22%, refletindo esse percentual na área de abrangência por ser a população idosa 20% da adscrita, onde grande maioria dos idosos não sabe ler nem identificar a medicação em uso. A UBS - Unidade de Saúde Pedro Dallabrida, funciona em prédio alugado, onde a divisão interna das salas é por divisórias de Eucatex e não possui área externa coberta. Dispõe de 1 consultório médico, sala de acolhimento e recepção, sala de triagem, sala de reunião e produção das agentes comunitária de saúde, sala de curativo, farmácia, cozinha, 2 banheiros, A região onde está localizada contempla vários equipamentos sociais como a Unidade Básica de Saúde citada, hospital segundo nível, creches, escolas municipais e estaduais, APAE, lar de idoso, clube do vovô, núcleo contraturno de apoio a atividades escolares para crianças da comunidade, academia comunitária, área verde para caminhada, coleta de lixo urbano, abastecimento de água potável e iluminação feita pela rede pública.

No tocante aos indicadores de mortalidade, se observa nos dados coletados, dos sistemas MS Datasus e SESA/PR, que a taxa de mortalidade geral da população do ano 2017 fixou-se em 6,25 e o coeficiente de mortalidade infantil em 8,81, e coeficiente de razão de mortalidade materna zero, tendo como principais causas de óbitos neste período as doenças circulatórias, respiratórias, neoplasias,

aparelho digestivo e causas externas. A equipe de saúde da UBS, está formada por 07 profissionais, sendo eles: um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma profissional de serviços gerais e três agente comunitário de saúde (ACS). O trabalho da Equipe ESF, caracteriza-se em sua grande maioria por consultas médicas, por visitas domiciliares e trabalha com uma rede, sendo a atenção básica a porta de entrada para toda demanda de saúde do município, pois não temos UPA-Unidade de Pronto Atendimento, ficando um hospital filantrópico do sindicato dos usineiros, a nossa disposição para os encaminhamentos de urgência e emergência e um Posto de Saúde Central com atendimento médico noturno para os trabalhadores, que não tem acesso a Unidade de Saúde no período do dia. A enfermagem de um modo geral no município não realiza consultas por estar em tramitação à normatização que define as atribuições do enfermeiro que está sendo elaborada e irá para pauta do Conselho Municipal de Saúde para ser aprovada. A procura pelo atendimento na USB é relativamente alto, de acordo com dados registrados no SIGSS - Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde de onde é migrado os dados mensais para E-SuS AB/SIAB a Unidade relatou 1.459 consultas médicas no período de janeiro a maio de 2018. Devido a inexistência de um sistema de agendamento de consultas, pré-estabelecido, ocorre formação de filas em horários inconvenientes (as 5hrs madrugada) causando prejuízo ao bem estar da população e tensão no relacionamento com equipe na recepção, podendo trazer consequências a curto prazo, como por exemplo a inversão da porta de entrada ou o primeiro acesso à saúde para o setor de emergência do município. No mesmo período de registro foram avaliados os principais problemas enfrentados pela comunidade e a queixa mais comum no consultório médico, sendo encontradas e descritas: Hipertensão Arterial Sistêmica seguida de Episódio depressivo moderado, Diabetes Mellitus TP2 não insulino dependente, Amigdalite aguda e Puericultura-exame de rotina da criança. Destacamos ainda no mesmo período, hipercolesterolemia Pura e cistite como sendo agravo de observação epidemiológica na nossa comunidade, bem como uma queixa da população sobre situações deficitárias no acesso e inclusão no atendimento de cuidado integral.

Quadro 1

POPULAÇÃO ESTIMADA – 2018	População Estimada 15.724 habitantes
---------------------------	--------------------------------------

FONTE: IBGE 2018.

Nesse cenário foram identificados como relevantes dois descritores, a dificuldade de acesso a Unidade Básica de Saúde UBS e alta prevalência de pessoas com hipertensão arterial.

O primeiro descritor, a dificuldade de acesso a UBS, foi caracterizado como problema, a partir de uma reflexão com a equipe ESF, e também através de uma pesquisa qualitativa com questionamento especulativo a respeito dos princípios ordenadores da Atenção Básica de Saúde, especificamente o primeiro contato, "...que implica a acessibilidade e o uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam a Atenção Básica..." (CADERNO HumanizaSUS-MS VOL.2/ 2010). Participaram dessa determinação, a coordenação da Atenção Básica, com relatos de queixas da população a respeito da dificuldade de acesso as fichas de consultas por alta de demanda e o paciente sujeito de estudo que relatou através de um questionário empírico o processo dificultoso para conseguir atendimento. Já no segundo descritor, a alta prevalência de pessoas com Hipertensão Arterial, a UBS Pedro Dallabrida tem 970 famílias cadastradas e 2.880 usuários. A doença mais prevalente na comunidade, segundo a ficha cadastral é a Hipertensão Arterial (8,6%). Também é a principal causa de descompensação hemodinâmica que leva o paciente a procurar o atendimento de urgência e emergência. Essas variáveis, mais a informação quantitativa, obtida a partir do prontuário eletrônico por motivo de consulta com esse CID- código internacional de doenças (I10) caracterizou a necessidade de um olhar avaliativo do comportamento dessa doença.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

A atenção básica pode ser definida como um conjunto de ações em prol da saúde, tanto no âmbito individual quanto coletivo, abrangendo promoção e proteção da saúde, bem como prevenção de agravos (PNAB/2012). Dentre seus fundamentos está o acesso universal e contínuo ao sistema de saúde. Nesse contexto, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem garantir mecanismos que assegurem a acessibilidade e o acolhimento dos usuários com uma lógica organizacional que otimize este princípio, empenhando-se em construir estratégias que promovam mudanças na rotina dos serviços (Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS/2006). A demanda espontânea com grande fluxo de usuários gera

desconforto tanto para a equipe que fica apreensiva e ansiosa, quanto para os pacientes que querem ser atendidos sem demora. A falta de agenda na UBS implica na formação de filas em horários inconvenientes, prejuízo ao bem estar da população e no comprometimento do propósito de longitudinalidade preconizado para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), visto que, pela dificuldade de acesso, o usuário não retorna ao serviço corretamente. Entendendo a importância e avaliando a perspectiva focada na necessidade de resolução imediata, decidimos intervir com um plano, pois se trata de um problema com causas conhecidas e dependendo somente da organização da equipe para sua resolução.

De acordo com Sociedade Brasileira de Cardiologia (7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial/2016) no Brasil, hipertensão arterial atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com Diabetes Mellitus, suas complicações (cardíacas, renais e Acidente Vascular Encefálico /AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015, além de fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose. Dados norte-americanos de 2015 revelaram que HA estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de Infarto Agudo do Miocárdio/ IAM. Também vemos as doenças circulatórias como principal causa de mortalidade nos índices indicadores municipal.

Dada essa relevância de problema de saúde pública mais o seu alto grau de comprometimento na vida do indivíduo e que é prevalente na comunidade estudada, vê-se necessário um programa de intervenção, pois é um problema em potencial para agravos futuros, exigindo diagnóstico precoce, planejamento para intervenção nos fatores de risco, na falta de informação sobre a doença e nas necessidades terminais que demandam saúde da população.

## 1.2 OBJETIVOS

Problema 1: Dificuldade de acesso a Unidade Básica de Saúde

### 1.2.1.1 Objetivo Geral

- Diminuir filas de busca para atendimento à consulta médica.

- Promover formas de agendamento à consulta.
- Fortalecer o vínculo do paciente com equipe ESF.

#### 1.2.1.2 Objetivo Específico

- Adotar estratégia de atendimento e horários de consultas à grupos específicos como gestantes e doentes crônicos.
- Promover ações de fortalecimento ao acolhimento do usuário do serviço na recepção.

### Problema 2: Alta prevalência da Hipertensão Arterial

#### 1.2.2.1 Objetivo Geral

- Diminuir a prevalência de doentes com hipertensão arterial.
- Elaborar plano de ação para melhor acompanhamento e controle da HA nos indivíduos hipertensos residente na área de abrangência da UBS Pedro Dallabrida.

#### 1.2.2.2 Objetivos Específicos

- Expor e avaliar o comportamento da HA no bairro da UBS.
- Identificar os fatores determinantes que dificultam controle da HA na área de abrangência.
- Buscar melhor adesão ao tratamento e controle dos indivíduos hipertensos.

## 2 METODOLOGIA

Este plano de intervenção em saúde foi feito para desenvolver estratégias de melhoria no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde da UBS- Pedro Dallabrida. A estruturação ocorreu a partir do diagnóstico situacional, seguidos por revisão de literatura e elaboração do plano de ação. Foi direcionada uma abordagem qualitativa, sob o ponto de vista dos profissionais da ESF-Equipe de Saúde da Família, que permitiu conhecer o território estudado, incluindo os problemas em potenciais enfrentados pela comunidade, sendo a acessibilidade ao serviço e a prevalência da Hipertensão Arterial os problemas destacados.

Participaram desse trabalho a equipe multidisciplinar, incluindo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e profissionais do NASF - Núcleo de Apoio de Saúde da Família, Coordenação Municipal da Atenção Básica, bem como a população adstrita na UBS citada.

O planejamento utilizado nesta intervenção tem o intuito de incorporar os diversos pontos de vistas a fim de garantir um processo participativo, atendendo-se, portanto, ao conceito de ator social e sua capacidade de transformação de determinada realidade (CAMPOS;FARIA;SANTOS,2010).

Neste plano de intervenção serão revisados todos os pacientes hipertensos cadastrados, bem como avaliado a demanda de atendimento da UBS.

Para elaboração do plano de ação utilizamos como estratégia e referencial o método de Planejamento Estratégico Situacional – PES (Carlus Matus ,2014), que é composto por quatro momentos essenciais:

1. Momento explicativo verifica-se situação atual através das informações coletadas como fundamentais, buscando identificar, priorizar e analisar os problemas, explicando com profundidade as causas de cada um, sendo esses: a dificuldade de acesso a Unidade Básica de Saúde e a prevalência de pessoas com hipertensão arterial.

- 1.1 A dificuldade de acesso à Unidade de Saúde, foi causada, pela existência de um atendimento somente baseada na demanda espontânea. Há 1 ano atrás, no Município de Capitão Leônidas Marques- PR, médico da equipe ESF, não atendiam crianças menores de 5 anos e nem gestantes, pois estes atendimentos eram realizados e direcionados ao pediatra e a um médico Clínico Geral que atendia exclusivamente as gestantes e pré-natais em uma Unidade de Saúde denominada,

Central. Com a chegada dos Médicos pelo Programa Mais Médicos às Unidades Básicas do município, essa população (menores de 5 anos e gestantes) foram redirecionada a Unidade de Saúde- ESF dos respectivos bairros, aumentando a demanda.

12 Ficaram evidentes nos dados apresentados nas fichas cadastrais e motivos de consultas a prevalência da Hipertensão Arterial com necessidade de um olhar avaliativo do comportamento da doença na área de abrangência.

2. Momento normativo, onde são elaboradas as soluções para os problemas priorizados, relacionando com os recursos necessários.

21 A melhoria da acessibilidade dos usuários à UBS, viria através de promoção de formas de agendamento para com isso diminuir as filas de buscas por atendimento, essa propostas foi considerada de grande eficácia, pois seria uma ação em curto prazo que dependeria exclusivamente da organização da ESF - Equipe de Saúde da Família.

22 Já para diminuir a prevalência de paciente hipertenso, as ações seriam em longo prazo, pois dependem de outros atores sociais como a comunidade, gestores e o próprio usuário. Nessas ações, esperamos fomentar o apoio da família e comunidade aos pacientes hipertensos, implantando o programa Hiperdia e pretendemos redirecionar a adesão ao tratamento com maior participação do paciente na execução das atividades de grupo e inclusão dos mesmos no protocolo de estratificação dos riscos e com isso garantir melhor assistência ao atendimento.

3. Momento estratégico, feito a partir de análise dos argumentos, construindo propostas de solução e formulação de estratégias para alcançar as metas traçadas, conforme quadro 3, ficando o gerente da UBS, responsável pelo acompanhamento de todas as ações definidas, bem como garantir que as ações sejam executadas, de maneira coerente e sincronizadas.

4. Momento tático-operacional, onde o plano é executado e monitorado, passível de mudanças e ajustes. Nesta proposta de intervenção os objetivos específicos constituem um guia para que sejam alcançados os objetivos gerais e para tal foram seguidas as estratégias abaixo:

- ✓ Definir número de consultas entre agendamento e demanda espontânea. Neste momento surgiu obstáculo, colocado pela enfermagem e técnico de enfermagem, de que a população frequentadora da UBS, por ser na grande maioria idosa sem acompanhante, não responde ao agendamento

de consulta, método já feito tentativa em outro momento sem resolução, pois eles esquecem, não fazem uso de celular para aviso e com isso terminam fazendo do hospital a porta de entrada para saúde. Com base nessa colocação o foco foi direcionado para um maior número de consulta na demanda espontânea, restringindo o agendamento, porém adaptando a característica da população.

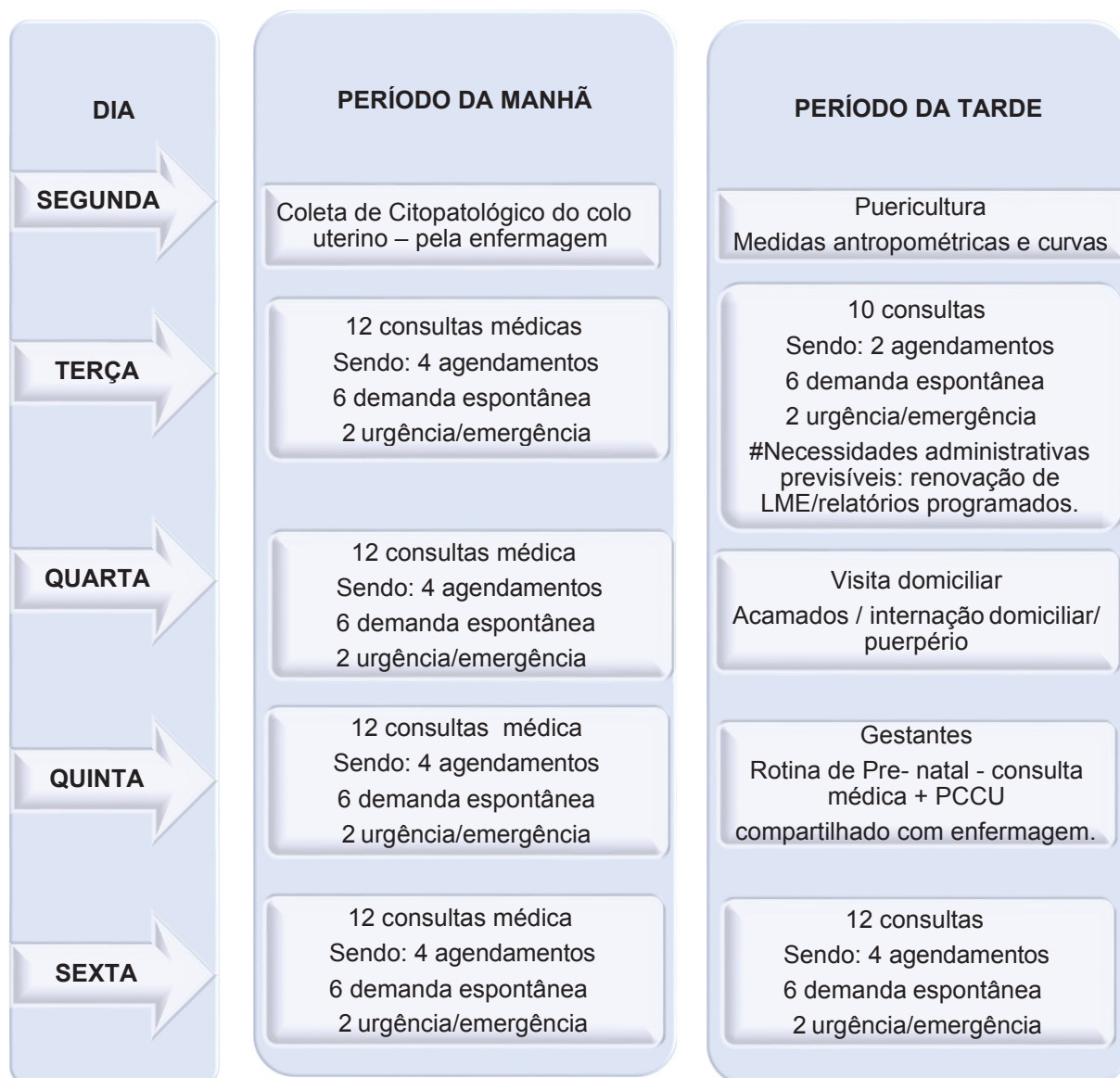
- ✓ Implantar dia e horários específicos para atendimento de gestantes, doentes crônicos – HIPERDIA e puericultura. Definido atendimento conforme Quadro 2. Ficando observado que os agendamentos priorizarão a assistência previsível como, por exemplo: retorno com exames e/ou paciente com patologias de controle, e que as consultas atendidas em demanda espontânea, não serão focadas na queixa aguda e sim no paciente como um todo, inclusive direcionando ao retorno agendado caso faça necessário. Também que a primeira quinta-feira de cada mês acontecerá o HIPERDIA, com consulta médica, ações educativas programadas com profissionais do NASF e entrega de medicamentos de uso contínuo. Neste dia a consulta médica será direcionada aos doentes crônicos, ficando somente possível o atendimento com queixas de urgência e emergência médica.
- ✓ Valorizar o profissional de saúde com promoção de palestras que estimula a prática da universalidade, integralidade e equidade, que são os princípios básicos do SUS- Sistema Único de Saúde, com participação da Equipe Multidisciplinar NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
- ✓ Entrar em contato com a gestão, Coordenação da Atenção Básica de Saúde, para viabilizar meios de abertura de uma sala de espera que possa abrigar os pacientes do frio e chuvas no período que a UBS esteja fechada, ou seja, antes das 07h30min da manhã.
- ✓ Revisão de literaturas e Cadernos da Atenção Básica sobre Hipertensão Arterial, para informação e atualização de descritores como: fatores de risco, prevenção e adesão ao tratamento da doença.
- ✓ Realização de busca ativa dos hipertensos e pessoas com fatores de riscos para doença, feito pelos agentes comunitários de saúde nas visitas domiciliares.



- ✓ Implantar na UBS o Programa Hiperdia com cadastramento no DATASUS/CadSUS e acompanhamento dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial e/ou diabetes mellitus, com encontros mensais e entrega de Carteirinha do Hipertenso com dados e medicações de uso contínuo devidamente preenchidos; dispensação e medicamentos de forma regular a todos pacientes cadastrados; orientar e promover o descarte dos medicamentos vencidos.
- ✓ Otimizar o atendimento aos portadores de condições crônicas, com estratificação de risco com base no plano de cuidado, Caderno Atenção Básica número 35/37 e Linha Guia Hipertensão Paranaense.
- ✓ Realizar levantamento dos medicamentos anti-hipertensivos distribuídos na Farmácia Popular.
- ✓ Confeção de caixa dos medicamentos para pacientes com poli farmácia, facilitando a organização dos medicamentos e diminuindo os riscos de toma inadequados e também caracterizando horários e tipos de toma, com cores e símbolos para os pacientes idosos e analfabetos, objetivando ainda resgatar a autonomia dos pacientes e fortalecer o vínculo entre a comunidade e a Equipe de Estratégia de Saúde da Família.
- ✓ Palestra sobre toma adequada, reações adversas, armazenamento e descarte de medicamentos.
- ✓ Pleitear com Equipe Multidisciplinar NASF a realização de oficinas sobre fatores de risco, sintomas e sinais de hipertensão arterial.
- ✓ Educação continuada aos pacientes com Hipertensão Arterial incentivando a mudança de estilo de vida, com atividades de apoio realizadas pelo Educador Físico e Nutricionista do NASF.

As ações e estratégias serão implementadas com foco na prática, centrada na pessoa, envolvendo o paciente e cuidadores, em nível individual e coletivo, estimulando a reflexão crítica da causa da doença e a ação necessária para melhoria.

Quadro 2: Atendimento UBS Pedro Dallabrida



As fichas serão entregue à partir das 7:30hrs, obedecendo ordem chegada, com entrega de horários e não de senhas. Demais serviços ofertados diariamente: curativos, Teste rápidos, inalação, farmácia, medidas antropométricas e sinais vitais; Agendamento de exames: mamografia e Citopatológico de colo de útero(PCCU).

FONTE: O autor (2019)

Quadro 3:

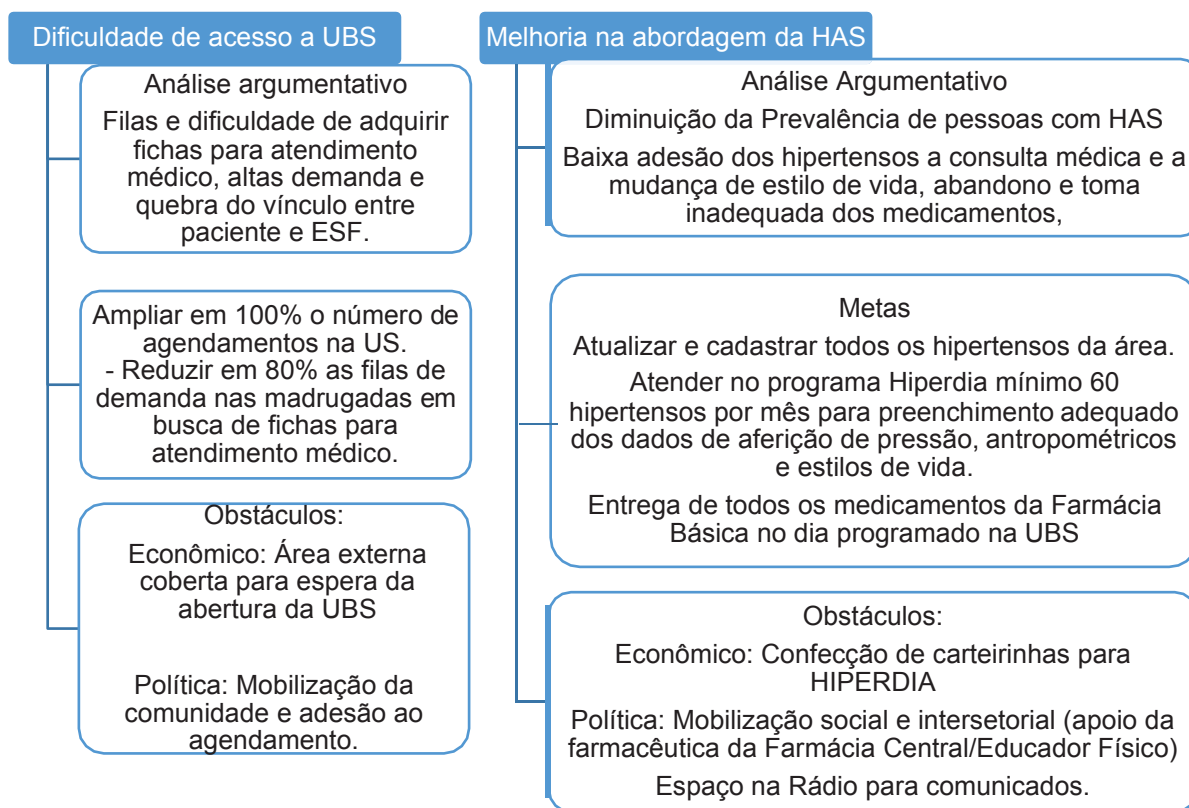


Tabela 1: Planilha operacional problema definidos como prioridade: Dificuldade de Acesso a UBS

Ação	Responsável	Equipe de apoio	Prazo	Recursos Financeiros	Outros recursos
Criar atendimento a grupos específicos	Gerente da UBS e Enfermagem	Toda ESF	Imediato	Não aplica	Divulgar na área através de ACS e rádio comunitária
Organizar demanda espontânea	Técnico Enfermagem	ACS	Imediato	Não aplica	-
Valorização do profissional, com promoção de palestras e eventos educacionais	Médico e Enfermagem	Coordenação da Atenção Básica de Saúde.	Médio Prazo	Data Show e materiais impressos.	-
Melhoria na Comunicação com outros serviços de saúde, utilizando memorando e outros documentos	ESF	NASF	Imediato	Material impresso	-

FONTE: O autor (2019)

Tabela 2: Planilha operacional problema definidos como prioridade: Prevalência de HA

Ação	Responsável	Equipe de apoio	Prazo	Recursos Financeiros	Outros recursos
Revisar os descritores da HÁ, nas literaturas e caderno da AB	Médico e Enfermeira	ESF	Imediato	Páginas WEB	Cadernos AB, Rede PR.
Busca ativa dos pacientes hipertensos e com fatores de riscos	ACS	ESF	Imediato	Não aplica	Carro visita domic. área rural
Implantação HIPERDIA Cadastros e carteirinha, reuniões mensais e entrega medicamentos	Técnico de enfermagem e Enfermeira e Médico	ESF Coordenação da Atenção Básica.	Médio Prazo	Confecção de carteirinha.	Apoio Farmácia Central
Estratificar Riscos de acordo linha guia hipertensão do Paraná	Médico	NASF	Médio Prazo	Exames laborat. e imagem	
Confecção de Caixa organizadora de medicamentos Palestra sobre uso adequado e descarte dos medicamentos	Agentes comunitários de saúde Médico	ESF	Imediato	Reciclagem	Impressão panfletos
Oficinas educacionais: fatores riscos e sintomas Abordagens rápidas na sala de espera.	NASF Médico Enfermeira	ESF	Médio longo prazo	Data Show	Salão comunitário
Pilates para os pacientes cadastrados no HIPERDIA 2 x semana	Parceria com CRAS – Centro de Referência de Assistência Social	ACS e Téc. de Enf. c/ Sinais vitais e medidas antropométricas.	Imediato e Longo Prazo 12 meses	Verba destinada do CRAS	Clube do Vovô
Emagreça com saúde, para os pacientes com obesidade e gordura visceral, cadastrados no HIPERDIA	Educador Físico do NASF	ACS e Téc. de Enf. c/ Sinais vitais e medidas antropométricas.	Imediato e Longo Prazo 12 meses	Recurso da Atenção Básica Colchonetes	Lago munic.

FONTE: O autor (2019)

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Dificuldade de Acesso a UBS

A forma de organizar o trabalho em saúde é fundamental para garantir aos usuários um acesso mais humanizado e equânime em uma unidade de saúde. Dado a importância do acolhimento, suas eventuais falhas podem ser altamente danosas ao serviço que se pretende oferecer, comprometendo assim, o estado de saúde do paciente. Existe uma necessidade de organizar o acolhimento aos usuários e de conciliar a agenda de consultas programadas com a demanda espontânea.

A Atenção Básica deve ser o contato preferencial, a “porta de entrada” dos usuários no sistema de saúde é o primeiro nível de contato, onde o indivíduo, a família e a comunidade em geral, trazem suas necessidades e problemas. É nesse nível de atenção que se forma a base para resolução de demandas e determina o trabalho dos outros níveis de atenção de maior complexidade. (COSTA,2008).

O acesso foi definido por Millman (1993, p.2) como “o uso oportuno de serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde.”

Os princípios da Atenção Primária de Saúde, relacionados com a demanda espontânea e que permeiam a adequada abordagem do usuário que busca a unidade dão principalmente primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. O primeiro contato caracteriza pelo acesso facilitado, ampla resolutividade, redução do tempo de espera e resposta adequada. (BRASIL, 2011). Já a longitudinalidade é definida como “lidar com o crescimento e as mudanças dos indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos” (STARFIELD, 2002). É uma relação de longa duração entre o profissional de saúde e o usuário, independentemente do problema de saúde ou mesmo da existência de algum problema. A integralidade exige que a Atenção Primária de Saúde reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las e a coordenação é, portanto, um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum. (STARFIELD,2002).

Para organizar a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, é necessário que a UBS ofereça serviços baseados na demanda da população a que pertence à sua abrangência (regionalização) dentro de uma rede hierarquizada com

priorização de atendimentos através da gravidade do problema apresentado e com critérios clínicos e condições de vulnerabilidades. (BRASIL. 2011).

Como parte do processo do trabalho da Equipe de Saúde da Família, a Política Nacional de Atenção à Saúde determina:

“[...] realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação da necessidade de saúde e análise da vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e prestar o primeiro cuidado às urgências e emergências em ambiente adequado, até transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção.” (BRASIL,2011).

Torna-se necessário, refletir sobre o acesso da população aos serviços de saúde de atenção básica e os possíveis fatores que possam favorecer ou dificultar a entrada do usuário no sistema de saúde, como: número de usuários por equipe, organização da demanda espontânea, localização do estabelecimento, horários e dias de atendimento, entre outros. Em alguns serviços ainda é possível identificar práticas que resultam em restrição do acesso da população, com filas para o atendimento, distribuição de senhas, atendimento por ordem de chegada sem avaliação de risco e vulnerabilidade e o não acolhimento das urgências nas unidades de saúde.

O plano de intervenção na melhoria do acolhimento foi visto pela equipe multiprofissional como ação fundamental e imprescindível para a reorganização e prestação de atendimento de qualidade da Atenção Primária de Saúde.

### 3.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

Segundo as Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial, são hipertensos os adultos cuja pressão arterial sistólica (PAS) alcança valores iguais ou superiores a 140 mmHg e/ou cuja pressão arterial diastólica (PAD) seja igual ou maior que 90 mmHg, em duas ou mais ocasiões, em ausências de medicamentos anti-hipertensivos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA V DIRETRIZES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL 2007).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) não controlada permanece como importante problema médico-social nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Mesmo conhecendo-se a eficácia, efetividade e eficiência de

várias medidas preventivas e de controle disponíveis, os agravos da doença provavelmente continuarão, por décadas, representando um dos maiores desafios de saúde, principalmente no âmbito da Atenção Básica. (BRASIL, 2013). A Hipertensão Arterial é a principal causa de óbitos evitáveis nos países em desenvolvimento e no mundo (BRASIL, 2010) sendo considerado um fator modificável para doenças cardiovasculares e um dos mais importantes problemas de saúde pública, por sua magnitude, risco e baixas taxas de controle. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E DIRETRIZES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. 2010).

No tocante aos indicadores de mortalidade, do município de Capitão Leônidas Marques- PR se observa nos dados coletados, dos sistemas MS Datasus e SESA/PR, que a taxa de mortalidade geral da população do ano 2017 fixou-se em 6,25, e o coeficiente de mortalidade infantil em 8,81, e coeficiente de razão de mortalidade materna zero, tendo como principal causa de óbito neste período as doenças circulatórias, que engloba a hipertensão arterial sistêmica e/ou suas complicações como acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca.

Segundo a SOCESP - Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, no Brasil um em cada cinco indivíduos sofrem de hipertensão arterial, levando o Brasil a estimar mais de 30 milhões de hipertensos e destes segundo o Ministério da Saúde, apenas 10% fazem controle adequado. A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. A hipertensão Arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como doença cerebrovascular, doença coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renais e vasculares periféricas. A prevalência em indivíduos com 60 a 69 anos chega a 50% e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2010), caracterizando a HAS uma doença com alta prevalência e baixas taxas de controle. Em 2001 cerca de 7,6 milhões de morte foram atribuídas a elevação da pressão arterial, 54% por acidente vascular cerebral e 47% por doença isquêmica do coração, ocorrendo mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. (BRASIL, 2013).

O Brasil possui uma diversidade racial, cultural, religiosa e diversos fatores sociais que torna o controle da HA um desafio, fazendo-se necessário o trabalho engajado das equipes multidisciplinares, cujo processo de trabalho visa criação de

vínculo com a comunidade adscrita. Existe uma relação direta dos fatores de risco para HA com o estilo de vida. Na maioria das vezes não conseguimos saber com precisão a causa da HA, mais sabemos que muitos fatores de riscos, tanto os modificáveis como os não modificáveis, são igualmente responsáveis pela doença.

### 3.2.1 Fatores de riscos não modificáveis

**Hereditariedade:** algumas pessoas herdam a predisposição à HA, podendo esta apresentar em vários membros de uma família. Dos fatores envolvidos na fisiopatogênese da doença, um terço deles podem ser atribuídos a fatores genéticos, como por exemplo o sistema regulador da pressão arterial e sensibilidade ao sal. (BARRETO-FILHO,2003)

**Idade:** é percebido em diversos estudos científicos que o envelhecimento aumenta o risco de HA, em ambos os sexos, embora segundo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, indica que esse aumento represente um comportamento fisiológico normal (BRASIL, 2001). A prevalência da Hipertensão Arterial na população da área de abrangência da UBS Pedro Dallabrida tem uma relação direta com idade, pois 20% da população adscrita são maiores que 60 anos.

**Raça:** a hipertensão arterial é mais comum na raça negra. Eles apresentam níveis pressóricos mais elevados que a etnia branca.

**Sexo:** Segundo Irigoyen et al. (2003), a predominância da elevação da PA no sexo masculino se estende até a faixa etária de 60 anos, quando o sexo feminino passa a igualar. Sugere-se que os hormônios ovarianos são responsáveis pela PA mais baixa nas mulheres, e que com a chegada da menopausa, a prevalência da hipertensão arterial entre homens e mulheres tendem a se aproximarem.

### 3.2.2 Fatores de Riscos modificáveis

**Obesidade:** para avaliar obesidade e o excesso de peso, se leva em consideração o Índice de Massa Corporal (IMC), por meio dele é possível classificar um indivíduo em relação ao seu próprio peso. A obesidade não deve ser avaliada só em termos de peso absoluto, deve ser também valorizada pela forma de distribuição da gordura, já que a gordura visceral e obesidade com frequência se relacionam



com outros fatores de riscos como a diabetes, hipercolesterolemia, sedentarismo e eventos cardiovasculares. (ALVAREZ, 2008).

Tabagismo: é evidente que o uso da nicotina é nocivo a saúde em curto ou longo prazo. Não está relacionado com aumento da pressão arterial, porém é um fator de risco para doenças cardiovasculares.

A nicotina presente no cigarro aumenta o débito cardíaco, a disfunção do endotélio capilar, aumento da hiper – reatividade vascular com formação de placas de ateromas, liberação de catecolaminas e conseqüentemente, a pressão arterial. (MORENO JUNIOR, 2004).

Alcoolismo: este é um fator relacionado com uso abusivo. Alvarez (2008), alerta que o consumo elevado de álcool, aumenta significativamente o risco de doenças isquêmicas cardíacas, hipertensão arterial e acidente vascular cerebral.

Uso de anticoncepcionais orais: a ingestão de anticoncepcionais orais deve ser considerada como possível causa de HA; o seu uso deve ser evitado em mulheres com mais de 35 anos de idade e em obesas, pelo maior risco de aumento da pressão arterial, e deveria ser proibido em mulheres maiores que 35 anos e fumantes irreduzíveis. (BRASIL, 2001).

Dislipidemias: níveis elevados de colesterol total e LDL, redução dos níveis de HDL e aumento dos níveis de triglicérides pioram o prognóstico da HA levando a doenças coronarianas, pois acelera o desenvolvimento da aterosclerose nos endotélios vasculares. Segundo estudos publicados na Revista Brasileira de Hipertensão (2002), a HA e aterosclerose, constituem uma condição alarmante para a morbimortalidade dos pacientes.

O diagnóstico da hipertensão arterial não requer medidas extremas e nem aparelhos com tecnologias requintadas, necessitando apenas de um esfigmomanômetro de mercúrio e de um estetoscópio e conhecimentos da técnica de aferição correta que vão desde posição do paciente, condição de repouso, uso prévio de estimulantes e relação entre o manguito/câmara inflável do aparelho e a circunferência do braço do paciente. É recomendado pela Sociedade Brasileira de Hipertensão, que nas UBS tenham seis tamanhos de manguitos para atender a demanda, infantil, adulta e obesa. A média aritmética da PA maior ou igual a sistólica 140 e diastólica 90 mmHg, verificada em três dias diferentes, com intervalo mínimo de sete dias entre as medidas, caracteriza diagnóstico de hipertensão arterial. (BRASIL, 2013, página 31).

As metas pressóricas como regra geral é manter os níveis de PA abaixo de 140x90 mmHg, podendo ser alcançado com mudança no estilo de vida, tratamento farmacológicos com medicamentos de baixo custo e efeitos colaterais, e também de fácil manejo na Atenção Básica. (BRASIL, 2013)

O tratamento não farmacológico é fundamental no controle da hipertensão arterial e de fatores de risco como obesidade e dislipidemias. Essa mudança de estilo de vida deve acompanhar o paciente por toda a vida e o abandono de hábitos nocivos já citados também deve ser reduzido. Atenção especial deve ser ressaltada sobre o hábito de fumar, pois estudos estimam um aumento de até 20 mmHg na pressão sistólica após o uso do primeiro cigarro do dia. Além disso, a nicotina diminui os efeitos benéficos das drogas anti-hipertensivas. (FERREIRA et al. 2009).

É indispensável atentar para adesão continuada ao tratamento, avaliando as peculiaridades de cada paciente, como hipertensão resistente, hipertensão jaleco branco, compreensão da posologia entre outros. Muitos fatores podem estar associados à adesão ou abandono do tratamento, principalmente nas doenças de longa evolução, diretamente envolvido a escolaridade com nível socioeconômico, às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais, à instituição, e finalmente o relacionamento com a equipe de saúde, pois melhorar a adesão ao tratamento é prevenir complicações e agravos das doenças, proporcionando uma melhor qualidade de vida. (LIMA et al.2010).

O Hiperdia é um Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes, com objetivo de garantir um tratamento e acompanhamento sistemático a estes doentes crônicos, incluindo estratégias de melhor adesão ao tratamento, e também um meio de informar diretamente ao paciente sobre os alimentos inimigos da saúde, quanto a HAS, como obter melhor controle da doença. Há maior confiança, por parte dos pacientes, quando a informação vem dos profissionais de saúde e conseqüentemente estabelece vínculo entre eles. Dessa forma a aplicação de ações informativas em programas já existente, como o HIPERDIA, são importante para uma abordagem à adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da hipertensão arterial na Estratégia de Saúde da Família. (ALVES; CALIXTO.2012).

## 4 RESULTADOS

Na execução do Plano de Intervenção, houve um momento explicativo das funções de cada membro da ESF, e sobre o fluxo da UBS, isso facilitou para que todas as pessoas que procuram atendimento no dia fossem direcionadas para seu tipo e momento correto de atendimento. A entrega de fichas do atendimento do dia com horário em vez de senhas, deixou a sala de espera mais tranquila, já que as pessoas poderão circular pelo bairro ou até mesmo ir para suas casas enquanto aguardam a consulta. A coordenação da Atenção Básica contribuiu adequando o prédio da UBS na parte externa deixando uma área coberta com cadeiras de espera.

O impacto na população foi muito positivo também em relação ao atendimento diferenciado dos hipertensos. O perfil dos doentes crônicos hipertensos são em geral maiores de 60 anos, com isso implantação do HIPERDIA, em dia previamente agendado para consultas médicas, medidas antropométricas e controle pressóricos, refletiu melhoria na demanda da UBS, pois com atendimento prioritário uma vez por mês, gerou um sentimento de valorização e acolhimento nos pacientes diminuindo a busca repetitiva pelo atendimento. As palestras educativas ofereceram conhecimento das doenças e aumentou a percepção de que o controle da pressão arterial está relacionado com a mudança de estilo de vida e com a redução de internações. Outro impacto positivo, foi o feedback da farmacêutica da Farmácia Central do município, que relatou em reunião com gestores que o Hiperdia, por fazer a entrega mensal dos medicamentos contínuos, contribuiu para diminuir as filas na Farmácia e um melhor controle das quantidades de medicamentos a serem licitados.

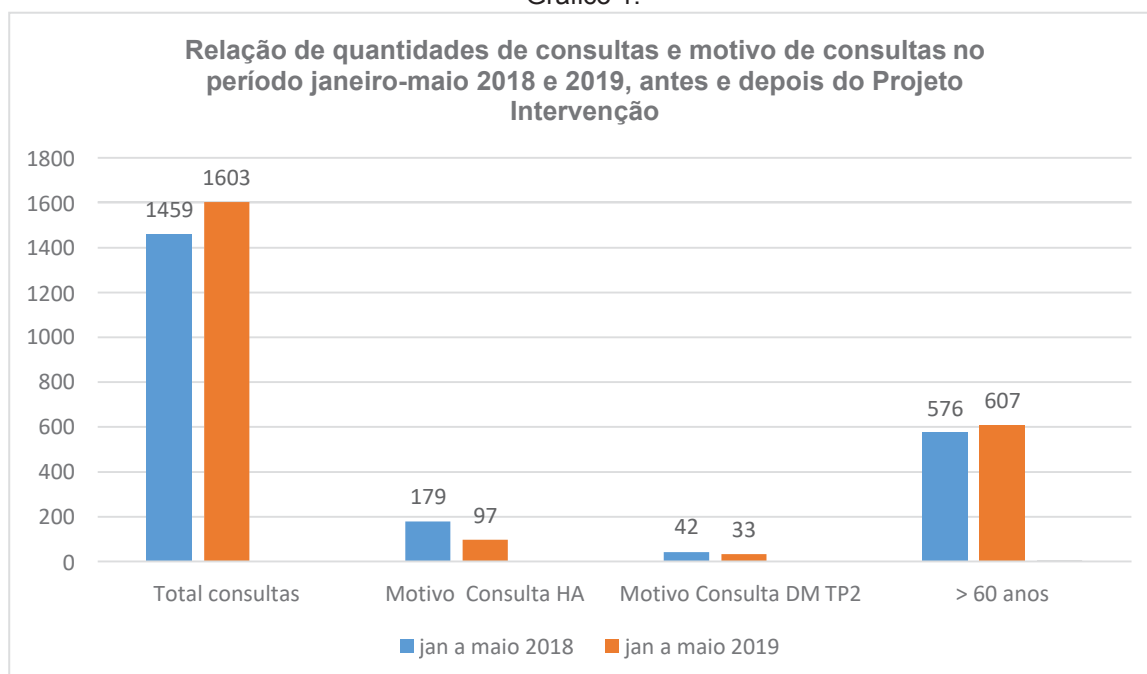
Foi feito a classificação dos pacientes pelo médico e estratificado os riscos cardiológicos com exames e parâmetros segundo a Linha Guia Hipertensão Arterial PR-2014, bem como o diagnóstico de casos novos e revisão dos medicamentos em uso e ajuste de doses dos anti hipertensivos, o que também melhorou os índices pressóricos, diminuindo a prevalência da descompensação dos pacientes, conforme Gráfico 1. Nesta implantação verificamos que além da estratificação dos hipertensos, poderíamos aproveitar o público e estratificar os idosos e aplicamos o Protocolo de Rastreio de Fragilidade na Atenção Primária de Saúde-Identificação de Idoso Vulnerável, Vulnerable Elders Survey - VES-13. Também se acrescentou o protocolo de estratificação dos Diabéticos pela Linha Guia Paranaense, classificando pela etiologia e pela dependência ou não de insulina, foi possível a inclusão do

manejo dessa comorbidade porque tínhamos somente 67 pessoas cadastradas de acordo a Ficha A, E-SuS AB portadoras da doença.

Observou-se grande número de pacientes, com uso de medicamentos de interação perigosos, como IECAs – Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina com Diuréticos poupadores de potássio, o que pode induzir a hipercalemia em idosos, diabéticos e hipertensos com insuficiência renal, todos eles foram acompanhados com exames laboratoriais, eletrocardiograma e MAPA - medidas ambulatorial de pressão arterial e adequado a classe do medicamento e doses habituais.

Hoje mantemos um atendimento regular dos pacientes Idosos, Hipertensos e diabéticos, os com risco alto cardiovascular, uma consulta medica a cada 3 meses, os demais risco moderado e baixo risco, uma consulta a cada 6 meses e 1 ano. A qualidade de vida do grupo que participa ativamente das atividades físicas propostas, já refletem resultados na perda de circunferência de abdômen e diminuição dos índices pressóricos, inclusive com relatos de satisfação pelos participantes.

Gráfico 1:



FONTE: SIGSS | Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (2018/9).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a finalização dessa intervenção, vimos que apesar de o acesso ser um fator determinante para processo saúde e doença e para um bom relacionamento entre os pacientes e os profissionais, não existe protocolos organizacionais consistentes e definidos quanto as metas de atendimento, tempo ou formas de agendamentos. O que existe é a importância da expansão do atendimento e o dever da equipe para com a saúde do usuário. As necessidades de saúde da população da UBS Pedro Dallabrida de Capitão Leônidas Marques-PR, foram melhores supridas com a escuta breve de suas queixas pela enfermagem e em seguida com oferecimento de horários para o atendimento em vez de senhas e agendamentos prolongados e isso além de resolutividade, fortaleceu o vínculo com a população e permitiu aumentar a oferta, que vai desde uma informação, uma consulta ou mesmo um procedimento de emergência. Porém existe uma dificuldade na organização da demanda da consulta médica, pelo motivo da enfermagem não realizar consulta, que é uma atribuição específica desse profissional, e com isso gera uma sobrecarga da demanda ao médico. Existe a capacidade da enfermeira, porém falta formalizar a normatização desse ato da enfermagem pelos órgãos competentes.

Também se compreendeu a importância das ações programadas e a melhoria que sua execução reflete nos indicadores de saúde, alcançando os objetivos de diminuir a demanda e as queixas repetitivas. Estuda-se criar um grupo de chat via whatsapp, com objetivo de agendamento e orientações prévias sobre saúde, somente para cuidadores de idosos, pois se verificou o grupo de maior comorbidade, chat esse com regra de funcionamento somente em horários de funcionamento da UBS.

A Estratificação dos pacientes hipertensos, permitiu normatização dos padrões clínicos pré estabelecidos para essa população alvo, o que trouxe maior segurança para ESF e melhor controle para os pacientes. As abordagens curtas na sala de espera sobre os fatores de risco, tabaco, obesidade, colesterolemia e sedentarismo contribuem para conscientização de mudança de estilo de vida e autonomia do paciente sobre os sinais de alarme emitidos pelo seu corpo e evitar eventos descompensatórios. Existem vários relatos coletados em escuta informal pela ESF, de pacientes que dizem “ser bom participar das reuniões do HIPERDIA, porque neste dia eles são atendidos e aprendem dicas de como cuidarem melhor da

saúde,” e associam os benefícios do acesso aos medicamentos no mesmo dia. Houve dificuldades de compreensão por parte dos idosos e analfabetos hipertensos, principalmente os de poli terapias medicamentosas, e dificuldades de contato com o cuidador para instruir os esquemas terapêuticos e as mudanças de estilo de vida necessárias para melhor controle da doença hipertensiva.

Propõem-se para atividade futura, verificar a efetividades das ações oportunizadas, por um questionário registrado e também agregar ao HIPERDIA, ações sobre Saúde Mental.

## REFERÊNCIAS

ALVAREZ S.R. **Medicina Geral Integral**. Havana: Editora Ciências Médicas, v.2, n.70, p.83-86, 2008.

ALVES, B.A. CALIXTO, A.A.T.F. **Aspectos determinantes de adesão ao tratamento de hipertensão arterial e diabetes**. J Health Sci Inst. São Paulo, v.30, n.3 p.255-260, 2012.

BARRETO-FILHO, J.A.S KRIEGER, JE. **Genética e hipertensão arterial**. Rev Soc. Bras. Card. Estado de São Paulo, v.13, n.1, p.46-55, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde, Caderno da Atenção Básica: **Acolhimento a Demanda Espontânea** – Queixas mais comuns na Atenção Básica, n.28, volume I Brasília – DF, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde, Caderno da Atenção Básica: Acolhimento a Demanda Espontânea – **Queixas mais comuns na Atenção Básica**, n.28, volume II, Brasília – DF, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde, Caderno da Atenção Básica; **Estratégia para cuidado da pessoa com doença crônica**, Hipertensão Arterial, página 21-31, Brasília-DF 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, Caderno **Humaniza-SUS**, Biblioteca Virtual em Saúde,v.2, 2010.

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, Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, F.C.C FARIA H.P; SANTOS M.A **Planejamento e avaliações das ações em saúde**, 2 ed. BH Nescon UFMG,2010.

FERREIRA, Sandra R.G, et al **Frequência de Hipertensão Arterial e Fatores de Risco Associados**: Brasil 2006. Revista de Saúde Pública vol.43 supl 2, São Paulo, nov. 2009.

IRIGOYEN, M.C; LACCHINI, S; DE ANGELIS, K; CICHELINI, L.C. **Fisiopatologia da hipertensão**: o que avançamos? Rev Soc. Cardiol. Estado de São Paulo. V.13,n.1,p.20-45, 2003.

LIMA, Tácio de Mendonça; MEINERS, Micheline Marie Milward de Azevedo; **Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos**. Revista Pan-Amaz Saúde, Ananindeua, v.1,n.2,p.113-120, jun. 2010.

MILLMAN, M **Acess to health care in America**. Washington, DC: National Academy Press, p. 2, 1993.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2006.

Moreno Júnior H. Toledo JCY, Fonseca FAH. **Hipertensão refratária e tabagismo**. Rev Bras. Hipertens. 2004;11(4); 256-261.

Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 3, Supl.3, Setembro 2016/Sétima Diretriz Brasileira de HAS/2017 – pág.1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA V DIRETRIZES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007. Arq. Bras Cardiol 2007; 89(3) e 24 e 79.2.

Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Arq. Bras Cardiol 2010; 95 (1supl.1):1-51.

STARFIELD, B. Atenção primária: **equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

UNA-SUS. **Planejamento em Atenção Básica**. Citação de CARLUS MATUS, acesso maio/2019 às 19hrs disponível em:  
[https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/47072/mod\\_resource/content/2/un2/top3\\_1.html](https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/47072/mod_resource/content/2/un2/top3_1.html)





## ANEXO 2 – PANFLETO EDUCATIVO



**OS PERIGOS DA AUTOMEDICAÇÃO**

- Mascaramento de doenças.
- Reações alérgicas / intoxicações
- Irritações (pomadas e colírios)
- O uso abusivo de alguns medicamentos podem aumentar a resistência de micro-organismos comprometendo a eficácia do tratamento.
- A combinação inadequada de medicamentos podem anular ou potencializar o efeito do outro.
- Dependência do medicamento
- Agressão em algum sistema do corpo
- O medicamento que é bom para meu vizinho e amigos podem fazer mal para mim.
- Efeitos graves - morte.

**Organização**



Universidade Aberta do SUS

**Estratégia Saúde da Família**

**EQUIPE**

Médica: Inozemar Martins  
 Enferm.: Mana Parolin  
 Técn.: Rosilei Oz Emer  
 Agentes comunitárias de Saúde:  
 -Marlite - Sirlei - Ivonete  
 Apoio: Edit Calgato



**UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
PEDRO DALABRIDA**

**USO CORRETO  
DOS  
MEDICAMENTOS**




SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CAPITÃO LEONIDAS MARQUES

**CUIDADOS COM  
ARMAZENAMENTO**

**EVITAR FATORES  
QUE INTERFEREM  
NA AÇÃO DOS  
MEDICAMENTOS:**

**LUZ:**  
ARTIFICIAL (LÂMPADAS)  
SOLAR (CLARIDADES)

**UMIDADE**  
ARMARINHO DE BANHEIRO/  
PIA DE COZINHA

**TEMPERATURA:**  
(CALOR DO SOL / FOGÃO / ELETRÔNICOS)

**LOCAIS BAIXOS:** (ACIDENTES COM CRIANÇAS).

**O ARMAZENAMENTO IDEAL:**




**NUNCA TOME MEDICAMENTOS FORA DO  
PRAZO DE VALIDADE**

**Maneiras de tomar medicamentos:**

- Com Receita Médica ou indicação farmacêutica
- Respeitar horário recomendado
- Lavar sempre as mãos antes de tomar o seu medicamento ou medicar outras pessoas...

**Posso tomar com alimentos?**  
Sempre siga orientação médica. Tirar dúvidas durante a consulta.

**Posso tomar com leite?**  
O medicamento foi estudado para ser administrado com água. Alguns medicamentos nem fazem efeitos se forem tomados com leite.

**ÁGUA É SEMPRE A MELHOR ESCOLHA**






**DISK INTOXICAÇÃO DA ANVISA**  
Tel: 0800 722 6001

**Efeitos adversos do medicamento:**  
Isto significa que, se Você se sentir mal quando estiver tomando um medicamento, será considerado um efeito adverso.

- Nenhum medicamento é 100% seguro.
- Mesmo os produzidos com plantas podem fazer mal.

**Reações medicamentosas comuns:**  
Náuseas, dor de cabeça e dor abdominal.

**O que fazer quando sentir uma reação:**  
Suspenda o uso da medicação e **Procure um médico.**

**SUPERDOSAGEM**  
**Se alguém tomar uma quantidade maior que a indicada?**  
Sempre procurar um médico ou emergência

**O QUE FAZER COM MEDICAMENTOS VENCIDOS**  
Não jogue medicamento na Lixeira ou no vaso sanitário, podem contaminar o meio ambiente.




**Descarte seu medicamento corretamente**

Medicamentos Vencidos, entregar na unidade de saúde

SELOS   LIQUIDOS   AEROSIS