

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

JÚLIO SILES CHAVEZ FILHO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO NA ADESÃO AO TRATAMENTO, EM
PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NO
DISTRITO DE XONIN, GOVERNADOR VALADARES, MINAS GERAIS.**

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2019

JÚLIO SILES CHAVEZ FILHO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO NA ADESÃO AO TRATAMENTO, EM
PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NO
DISTRITO DE XONIN, GOVERNADOR VALADARES, MINAS GERAIS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Walnéia Aparecida de Souza

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2019

JÚLIO SILES CHAVEZ FILHO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO NA ADESÃO AO TRATAMENTO, EM
PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NO
DISTRITO DE XONIN, GOVERNADOR VALADARES, MINAS GERAIS.**

Banca examinadora

Professora Dra. Walnéia Aparecida de Souza – Unifal-MG.

Professora Dra. Maria Marta Amancio Amorim

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2019.

Segundo a minha intensa expectativa e esperança, de que em nada serei confundido; antes, com toda a confiança, Cristo será, tanto agora como sempre, engrandecido no meu corpo, seja pela vida, seja pela morte. Filipenses 1:20

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica representa atualmente uma das doenças mais prevalentes no Brasil e no mundo. Ela pode ser controlada, desde que o usuário siga o tratamento recomendado, seja ele medicamentoso ou não. No entanto, a manutenção dos níveis pressóricos, dentro dos limites recomendados para muitos hipertensos, é insatisfatória, muitas vezes devido à não adesão ao tratamento. Portanto, o objetivo do estudo foi elaborar um plano de intervenção para promover a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico dos hipertensos, atendidos na Estratégia Saúde da Família, no município de Xonin, Governador Valadares, Minas Gerais. Para o estudo, foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional de estimativa rápida, dos problemas observados e definição do problema prioritário. Foi realizado um levantamento bibliográfico, utilizando várias bases de dados sobre hipertensão arterial e adesão ao tratamento. O plano de intervenção foi realizado seguindo os passos do planejamento estratégico situacional. Espera-se que a implantação e a continuidade do plano de intervenção possam promover mudanças de comportamento e contribuir para uma melhor adesão ao tratamento dos pacientes com hipertensão arterial, a fim de melhorar a qualidade de vida da comunidade adscrita.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Não adesão.

ABSTRACT

The Systemic Arterial Hypertension (SAH) is currently one of the most prevalent diseases in Brazil and throughout the world. It can be controlled as long as the patient follows the recommended treatment, pharmacologically or otherwise. However, it is known that the maintenance of blood pressure levels within the recommended limits for many hypertensive carrier is unsatisfactory, often due to treatment non-adherence. Therefore, the objective of the study was to elaborate an Intervention Plan to promote adherence to the pharmacological and non-pharmacological treatment of hypertensive individuals, assisted in the Family Health Strategy, in the municipality of Xonin, Governador Valadares, Minas Gerais. The methodology carried out in the study was the Situational Strategic Planning of rapid estimation, problems observed, and definition of the priority issue. A bibliographic survey was performed using several databases on arterial hypertension and adherence to treatment. The intervention plan was performed out following the steps of situational strategic planning. It is expected that the implementation of the developed intervention will contribute to a better adherence to the treatment of patients with systemic arterial hypertension, to improve the quality of life of the population.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Hypertension. Non-adherence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde
CRASE	Centro de Referência em Atenção Especial à Saúde
CREDEMPES	Centro Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais
DBHA	Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Pressão Arterial Sistólica

PES	Plano Estratégico Situacional
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Faixa etária da população cadastrada na Estratégia Saúde da Família Xonin, no município de Xonin, Governador Valadares, Minas Gerais.....	12
Quadro 2- Faixa etária dividida por Microárea da Equipe de Saúde da Família Xonin, no município de Xonin, Governador Valadares, Minas Gerais.....	13
Quadro 3- Perfil epidemiológico da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Xonin, no município de Xonin, Governador Valadares, Minas Gerais	13
Quadro 4- Destino do lixo no município de Xonin, em 2017.....	14
Quadro 5- Sistema de esgoto das famílias no município de Xonin, em 2017.....	15
Quadro 6- Abastecimento de água no município de Xonin, em 2017	15
Quadro 7- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde de Xonin, Unidade Básica de Saúde Xonin, município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais.....	19
Quadro 8- Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016)	26
Quadro 9- Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Não adesão ao tratamento em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Xonin, município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais	34
Quadro 10- Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Não adesão ao tratamento em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Xonin, município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais	35
Quadro 11- Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Não adesão ao tratamento em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Xonin, município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos Gerais do Município.....	11
1.2 Aspectos da Comunidade	11
1.3 A Unidade Básica de Saúde Xonin	15
1.4 A Equipe de Saúde da Família Xonin, da Unidade Básica de Saúde Xonin	16
1.5 O Funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Xonin	17
1.6 O dia a dia da Equipe Xonin	18
1.7 Estimativa Rápida: Problemas de Saúde do Território e da Comunidade (Primeiro Passo)	19
1.8 Priorização dos Problemas – A seleção do problema para plano de Intervenção (Segundo Passo).....	19
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVOS	22
3.1 Objetivo Geral	22
3.2 Objetivos Específicos.....	22
4 METODOLOGIA	23
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	24
5.1 Estratégia Saúde da Família	24
5.2 Atenção Primária à Saúde	25
5.3 Hipertensão Arterial	25
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	31
6.1 Descrição do Problema Selecionado (Terceiro Passo)	31
6.2 Explicação do Problema (Quarto Passo)	31
6.3 Seleção dos Nós Críticos (Quinto Passo)	32
6.4 Desenho das Operações (Sexto Passo)	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais do Município

A cidade de Governador Valadares possui um distrito denominado Xonin, com uma população estimada de 3.260 habitantes. Situa-se a leste de Minas Gerais, a 35 km de Governador Valadares e 350 km da capital mineira. Esse município está situado às margens da BR 116 (Rio-Bahia). Esta cidade possui uma situação e infraestrutura bem precária. São poucas as fontes de renda; o comércio local é pobre, com poucas diversidades de compras. A renda de muitas famílias é a venda de produtos alimentícios à margem da rodovia, como água de coco, água mineral e serviços rurais em fazendas próximas. Possui dois restaurantes, um açougue e muitos buscam empregos em cidades vizinhas, como Frei Inocência e Governador Valadares. O distrito possui apenas uma estratégia de saúde da família (ESF) de atendimento ambulatorial. Casos complexos como internação e outro tipo de intervenção são encaminhados ao hospital municipal de Governador Valadares. O distrito apresenta uma creche e uma escola com ensino até o nível médio. Possui um centro de lazer com quadra poliesportiva; uma igreja católica e várias igrejas evangélicas, como a Cristã Maranata, a Assembléia de Deus e outras (IBGE, 2018).

1.2 Aspectos da Comunidade

Financiamento da saúde (IBGE, 2018)

- Transferências: fundo a fundo
- Recursos próprios: 37.676.522,67 (2010) não disponível nos anos anteriores;
- Gasto per capita/ano:143,11 (2010) não disponível outros anos.

Redes de serviços (IBGE, 2018)

- Atenção Primária: ESF Xonin.
- Atenção Especializada: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Adulto, Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), Policlínica Municipal, Centro de Referência em Atenção Especial à Saúde (CRASE), Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais (CREDEMPES) e Centro Viva Vida.

- Atenção de Urgência e Emergência: Hospital Municipal de Governador Valadares.
- Atenção Hospitalar: Hospital Municipal de Governador Valadares.
- Apoio Diagnóstico: Policlínica e Hospital Samaritano.
- Assistência Farmacêutica: Farmácia Central Policlínica.
- Vigilância da Saúde: Departamento de Vigilância Epidemiologia.
- Relação dos Pontos de Atenção: formam a Rede de Atenção em Saúde.
- Relação com outros municípios: não possui relação com outros municípios, apenas com Governador Valadares.
- Consórcio de Saúde: Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Doce.
- Modelo de Atenção: Redes, Regionalização e Hierarquização.

A ESF Xonin atende as seguintes comunidades: Assentamento Joaquim Nicolau, Baixa do Bugre, Cabeceira do Bugre, Golconda e São Gabriel. São comunidades de intenso fluxo de entrada e saída de pessoas. Não há exatidão do número de pessoas nas comunidades. No momento, a prefeitura cogita deixar um Agente Comunitário de Saúde (ACS) somente por conta dessas comunidades, com disponibilidade de transporte para promover atenção nesses lugares.

A comunidade de São Gabriel, onde funciona a ESF possui uma população estimada de 243 pessoas. A comunidade da Baixa do Bugre, 50 pessoas; já a comunidade da Cabeceira do Bugre e Assentamento Joaquim Nicolau possui 70 pessoas, segundo dados coletados por ACS que assistem esses locais. Os aspectos demográficos dessas áreas estão descritos nos quadros 1 a 6, segundo dados coletados pelos ACS.

Quadro 1 – Faixa etária da população cadastrada na ESF Xonin, no município de Xonin, Governador Valadares, Minas Gerais.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
0-1 ano	5	3	8
1-4 anos	25	31	56
5-14 anos	70	61	131
15-19 anos	48	46	96

20-29 anos	64	65	129
30-39 anos	57	61	118
40-49 anos	41	57	98
50-59 anos	34	81	81
60 em diante	57	72	129
Total	401	443	844

Fonte: Informações cedidas pelos ACS da ESF

Quadro 2 – Faixa etária dividida por Microárea da ESF Xonin, no município de Xonin, Governador Valadares, Minas Gerais.

Faixa etária	Microárea 1	Microárea 2	Microárea 3
0-1 ano	2	8	6
1-4 anos	36	24	20
5-14 anos	77	60	54
15-19 anos	43	30	51
20-29 anos	78	65	51
30-39 anos	64	52	54
40-49 anos	49	37	49
50-59 anos	36	41	45
60 ou mais	60	77	69
Total	445	364	399

Fonte: Informações cedidas pelos ACS da ESF

Quadro 3 - Perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF Xonin, no município de Xonin, Governador Valadares, Minas Gerais.

Indicadores	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Total
Proporção de idosos	60	77	69	206
População alvo para rastreamento de câncer de mama	2	1	0	3
População alvo para rastreamento de câncer de colo	0	1	1	2

População alvo para rastreamento de câncer de próstata	2	0	1	3
Portadores de hipertensão arterial cadastrados: →SISAB	68	0	83	151
Relação hipertensos esperados/cadastrados	68	79	83	230
Portadores de diabetes esperados:	0	0	0	0
Portadores de diabetes cadastrados: →SISAB	22	0	18	40
Relação diabéticos esperados/cadastrados	22	22	18	62

Fonte: Informações cedidas pelos ACS da ESF

As principais causas de óbitos registradas na região foram: parada cardíaca, chicungunya. Já a principal causa de internação foi a chikungunya. Em relação às doenças de notificação foram registradas as conjuntivites, dengue, chikungunya, esquistossomose e zika vírus (IBGE, 2018).

Quadro 4 – Destino do lixo no município de Xonin, em 2017.

Distribuição das famílias segundo o destino de lixo e microárea da ESF, 2017.				
Microárea	1	2	3	Total
Coletado	110	371	139	620
queimado/enterrado	14	11	0	25
Jogado	11	2	0	13
Total	135	384	139	658

Fonte: Dados coletados por ACS da ESF.

Quadro 5 – Sistema de esgoto das famílias no município de Xonin, em 2017.

Distribuição das famílias segundo o destino dos dejetos e microárea da ESF, 2017.			
Microárea	1	2	3
Sistema público	107	382	139
Fossa	11	2	0
Céu aberto	17	0	0
Total	135	384	139

Fonte: Dados coletados pelos ACS da ESF.

Quadro 6 - Abastecimento de água no município de Xonin, em 2017.

Distribuição das famílias segundo o abastecimento de água e microárea da ESF, 2017			
Microárea	1	2	3
Sistema público	65	378	139
Outro	70	6	0
Total	135	384	139

FONTE: Dados coletados pelos ACS da ESF.

1.3 A Unidade Básica de Saúde do município de Xonin

A ESF do município de Xonin foi fundada em junho de 1998, na gestão do ex-prefeito José Bonifácio Mourão, onde se situa as margens da BR 116. O acesso é fácil e deliberativo, pois se encontra na região central do distrito. As consultas são agendadas e os atendimentos de urgência são realizados imediatamente.

Com relação à infraestrutura, a ESF se localiza em uma casa alugada e adaptada. Apresenta uma recepção, uma sala de triagem, três consultórios da enfermeira, uma sala de vacinação, uma sala para o médico, uma farmácia, uma cozinha e dois banheiros. Também possui consultório de dentista. O ambiente não é muito espaçoso e necessita de armários nos consultórios. No dia a dia, a ESF abre às 7 horas da manhã e fecha às 17 horas, com pausa no período para o almoço de 11 às 13 horas. Os atendimentos médicos iniciam-se a partir das 7:30 horas. Os pacientes são atendidos por uma triagem pela técnica de enfermagem antes de

passar pela consulta médica. Na consulta da enfermagem afere-se a pressão arterial, verifica-se o peso e a altura. São atendidos todos os tipos de pacientes sem exclusão. Há agendamentos para o pré-natal, onde somente é realizado nas datas agendadas. A ESF possui prontuário eletrônico terceirizado, de uma empresa chamada Viver. As salas contam com computadores na recepção, sala de triagem, na sala do médico e também na sala de vacina. Após as consultas são impressos os atendimentos com as condutas feitas e arquivados nos prontuários físicos.

Gerindo o funcionamento da unidade de saúde e o trabalho de todos, cada um realiza suas funções para o bem comum dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e a promoção da saúde. Os ACS fazem visitas domiciliares, reportam informações colhidas em domicílio para o médico e a enfermeira; levam medicamentos para os pacientes de difícil locomoção e fazem acompanhamentos quando necessários. Os médicos e enfermeiros também realizam visitas domiciliares quando se faz necessário. A recepcionista fica a cargo de agendamentos de consultas, organiza a renovação das receitas, a marcação de consulta com especialistas e os agendamentos para a realização de exames. A enfermeira realiza puericultura, as consultas de enfermagem, o pré-natal, os preventivos, além de palestras, grupos de gestantes e outras atividades. O médico realiza consultas e prescrição médica; o pré-natal; a puericultura; as visitas domiciliares quando se fazem necessárias; renovação de receita azul e receitas em geral.

A comunidade é bem unida, não havendo desavenças entre funcionário e usuários do sistema de saúde. Mensalmente há uma reunião de matriciamento, que é feito na própria unidade de saúde. Existem equipamentos de trabalho, porém falta lanterna para inspeção.

1.4 A Equipe de Saúde da Família do município de Xonin, da Unidade Básica de Saúde de Xonin

A equipe de saúde da família é formada pelos profissionais apresentados a seguir.

-Enfermeira - Helaine Almeida Soares, 29 anos, casada, formada em 2011, com um ano de trabalho na ESF.

-ACS - Marileuza Monteiro Rodrigues, 28 anos, casada, ensino médio completo e cursando administração. Trabalha há oito anos e dois meses na ESF.

-ACS - Sirlane Rodrigues Timóteo Ferreira, 28 anos, casada, ensino médio completo, formada em ciências biológicas, com oito anos de trabalho ESF.

-ACS - Elziane Patrícia dos Santos, 32 anos, solteira, ensino médio incompleto. Possui oito anos e dois meses de trabalho na ESF.

-Auxiliar de Serviços gerais - Divanir Pires de Oliveira, 58 anos, casada, ensino fundamental incompleto, com 8 anos e 2 meses na ESF.

-Técnica de enfermagem - Carina Viana Massano, 28 anos, casada e ensino médio completo. Possui cinco anos e dez meses de trabalho ESF.

-Auxiliar de saúde bucal - Angélica Ferreira Nunes, 41 anos solteira e ensino médio completo. Trabalha na área de saúde bucal há 16 anos na ESF.

-Dentista - Bruno Nunes Batista, 40 anos, casado, pós-graduado em implantes dentários e em Saúde da Família. Possui seis anos na ESF.

-Médico - Júlio Siles Chavez Filho, 29 anos, clínico geral, faz parte da unidade desde junho de 2017, pelo Programa Mais Médico.

A população está envolvida em uma situação que impacta a sua saúde. O sistema de saneamento básico é precário com esgoto a céu aberto. Não possui redes de esgoto eficiente e o distrito possui alta prevalência para esquistossomose. Também possui pouca renda e poucos empregos.

1.5 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe de Saúde da Família de Xonin

A unidade de saúde funciona de 7 às 17 horas, (intervalo de duas horas para o almoço) de segunda a sexta-feira. Existe uma escala de serviços a serem realizadas, como o pré-natal e a puericultura. Os pré-natais são feitos em dias alternados, com a disponibilidade de apenas um doppler. Há um número de consultas agendadas, o restante é realizado por demanda espontânea. São realizadas visitas domiciliares, com uma frequência de cinco vezes por semana e conforme as necessidades da população. As funções são cumpridas cordialmente por cada membro da equipe.

Existe um grupo de hipertensos e diabéticos chamado de HIPERDIA, com processo de orientação para os diabéticos e os hipertensos, como tirar dúvidas; palestras educativas, geralmente de forma mensal. Há também palestras de saúde mental, com temas prevalentes, como depressão e transtornos de ansiedade generalizada. Outro grupo é formado por gestantes, que promovem informações em relação ao autocuidado, a alimentação e o planejamento familiar. O objetivo desses grupos é promover a medicina preventiva, pois ainda prevalece a medicina curativa. Já, para os idosos, são realizados atendimentos por consultas eletivas e demanda espontânea. Os pacientes em processo respiratório sintomático, com tosse há mais de três semanas são encaminhados para baciloscopias seriadas a fim de rastrear tuberculose.

Com relação às visitas domiciliares, a maioria é realizada pelos ACS. Quando há necessidade do profissional médico ou da enfermagem, eles realizam a visita. Geralmente o médico visita os pacientes críticos, acamados e pós-cirúrgico.

1.6 O dia a dia da equipe de saúde do Município de Xonin

A ESF do Distrito de Xonin atende em sua maioria, consultas agendadas e também a demanda espontânea. O médico atende em média 20 pessoas ao dia, chegando a 24 atendimentos. São realizadas consultas de puericultura, pré-natais, saúde bucal e exames citopatológicos.

As visitas domiciliares são realizadas conforme descrito acima. Durante as visitas são realizados curativos e análise de cada caso. Em certas situações como pacientes críticos, acamados, após cirurgias e a pedido do paciente, também são realizadas as visitas domiciliares. Quando é constatada uma gravidade maior, uma necessidade de exames complementares de imediato e quando não há condição de supervisão do cuidado, os pacientes são referenciados ao hospital municipal de Governador Valadares.

1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A ESF apresenta problemas de estrutura física deficiente, sendo considerado um problema intermediário. Os principais problemas estão descritos a seguir.

-Problemas relacionados aos medicamentos: faltam medicamentos básicos para hipertensão e diabetes, dificultando a adesão ao tratamento para os pacientes mais carentes. Também faltam medicamentos essenciais como o Cetoconazol, a Amoxicilina + Clavulanato, a Azitromicina, o Ciclo 21, o Praziquantel, a Clindamicina e Hidroclorotiazida. Medicamentos de urgência como o Diazepam, a Dopamina, a Hidrocortisona e a Adrenalina são escassos. Esses medicamentos são de extrema importância, sendo que a sua falta pode levar o paciente ao óbito, pois a ESF fica a uma distância de 35 Km de Governador Valadares (centro de referência).

-Problemas locais: falta de um meio de transporte exclusivo de saúde, que fique à disposição da população, quando necessitam de remoção, sendo isso um problema terminal. Também, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) transporta apenas os pacientes em estado grave. No entanto, essa população possui poucos recursos socioeconômicos, não possuindo condições de custear seu transporte até Governador Valadares, para busca de medicamentos ou realizar tratamento.

1.8 Priorização dos problemas – a seleção do problema para o plano de intervenção (segundo passo)

Os dados estão apresentados no Quadro 7.

Quadro 7 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde de Xonin, Unidade Básica de Saúde Xonin, município de Governador Valadares, Minas Gerais.

Problemas principais	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/Priorização
Não adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica	Alta	10	Parcial	1
Falta de medicamentos	Alta	8	Parcial	2

Falta de espaço	Média	6	Fora	3
Falta de transporte	Baixa	6	Fora	4

Fonte: Próprio autor (2019)

*Alta, média ou baixa; ** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30;

***Total, parcial ou fora

Mediante a análise dos problemas levantados na comunidade e descritos no quadro 7, conclui-se que o principal problema que poderá sofrer intervenção pela equipe é com relação à adesão ao tratamento, principalmente da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Essa é a patologia mais prevalente no município de Xonin.

2 JUSTIFICATIVA

A HAS é atualmente um problema de saúde pública mundial, de alta prevalência e está diretamente ligada a doenças degenerativas, como insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal crônica, doença vascular periférica, entre outras. Os índices de mortalidade devido às doenças cardiovasculares são alarmantes, revelando que o nível de pressão arterial é afetado por diversos fatores relacionados ao estilo de vida atual, como a urbanização, o sedentarismo, a dieta pobre em frutas e verduras, o estresse, entre outras causas (SOLÍS; FERNÁNDEZ, 2010).

Na unidade de Saúde da Família Xonin foi verificado um alto índice de pressão arterial não controlada. Pelo diagnóstico realizado, verificou-se que a causa do não controle da pressão arterial estava associada à não adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

Neste contexto, este estudo se justifica pela importância da adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos, com a finalidade de reduzir as internações e a mortalidade devido às doenças cardiovasculares. Assim, a implantação do projeto irá permitir aumentar o nível de conhecimento dos usuários com relação à necessidade de aderir ao tratamento, para ter um maior controle da doença. A importância desse projeto está não somente na melhor qualidade de vida dos usuários, mas também na redução dos eventos que aumentam os custos com tratamento e internações.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar e implantar um projeto de intervenção para melhoria do acesso e adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos, na comunidade da Estratégia Saúde da Família de Xonin, Governador Valadares, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Formar grupos de caminhada coletiva;
- Orientar os pacientes em relação aos problemas da não adesão ao tratamento;
- Estruturar a aplicação de protocolos que facilitem o diagnóstico e o tratamento;
- Orientar em relação as complicações da não adesão ao tratamento na DM.

4 METODOLOGIA

O método utilizado para a realização do projeto foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Neste método, o primeiro passo foi a definição dos problemas, na ESF de Xonin, Governador Valadares, Minas Gerais. Em seguida, identificou-se o problema prioritário que foi "a baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo". Após, foram estabelecidos os "nós críticos" e as ações a serem implantadas de acordo com Campos; Faria; Santos (2017).

Na elaboração do plano foi realizado um levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon; nos documentos de órgãos públicos e de outras fontes de busca como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e publicações do Ministério da Saúde e na Biblioteca Virtual em Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

A implantação da atenção primária como uma estratégia de organização dos sistemas de saúde tem uma grande relevância em nosso país. Existem evidências suficientes que a organização dos sistemas de saúde, a partir dos princípios da atenção primária, alcança melhores resultados em saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários (MENDONÇA, 2009).

A ESF se constitui em um modelo para reorganizar a Atenção Básica de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 1997). O objetivo da ESF é proporcionar a desburocratização do atendimento, por meio da atenção integral e contínua a todos os membros da família e, assim, poder construir um modelo de assistência visando à promoção, a proteção, o diagnóstico precoce, o tratamento e a recuperação da saúde, em conformidade com as diretrizes do SUS e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade (BRASIL, 2009).

Na ESF o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades. Estes profissionais interagem entre si para o cuidado do usuário (MENDONÇA, 2009).

Na prática cotidiana dos serviços de saúde, deve-se priorizar a tecnologia leve como instrumento para atingir a integralidade e a humanização do cuidado. Essa prática é relacionada ao acolhimento do paciente, ao diálogo, ao vínculo, na corresponsabilidade e na escuta ativa entre o profissional e o usuário dos serviços de saúde. Isso porque a integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do profissional, que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos com relação à sua saúde. A integralidade está presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Concluindo, a ESF busca promover a qualidade de vida da população brasileira. Ela busca intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como a falta de atividade física, a alimentação não saudável, o uso de tabaco e de álcool. Assim, busca

promover atenção integral, equânime e contínua, fortalecendo a ESF como porta de entrada do SUS.

5.2 Atenção Primária à Saúde

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são a integralidade, a qualidade, a equidade e a participação social. Mediante aos pacientes e a comunidade que os profissionais estão inseridos, as equipes de Saúde da Família estabelecem vínculos com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade desses profissionais com os usuários e com a comunidade. O desafio proposto é o de ampliar as fronteiras de atuação, visando assim uma maior resolubilidade da atenção, onde a saúde da família é colocada como principal, e que deverá sempre se integrar ao contexto de reorganização do sistema de saúde (COSTA *et al.*, 2014).

A integralidade da assistência procura ir além da doença e do sofrimento apresentado, sendo explicado por Alves (2005, p.4) como:

“Em conformidade com o princípio da integralidade, a abordagem do profissional de saúde não deve se restringir à assistência curativa, buscando dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, a execução de ações preventivas, a exemplo da educação para a saúde. Uma situação ilustrativa é a de um atendimento a um paciente com crise hipertensiva, que além da administração da medicação necessária durante uma consulta médica seria orientado quanto à importância de uma alimentação hipossódica e de exercícios físicos regulares. A assistência e a educação para a saúde durante a consulta ambulatorial, sem que o paciente espere o momento de encontro do grupo dos hipertensos, numa determinada data e horário para receber as referidas orientações: isto expressa integralidade da assistência”.

Para Silva; Miranda; Andrade (2017) ocorrem vários sentidos relevantes à integralidade. Porém parte-se do princípio de que o SUS deva construir uma bandeira de luta, com valores que devem ser defendidos e cujo conceito permaneça em contínua construção.

5.3 Hipertensão Arterial

A HAS é uma condição clínica caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA). É apontada como um dos principais fatores de risco para o

aumento da morbimortalidade na população mundial brasileira, sendo responsável por alta prevalência e baixas taxas de controle (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) são considerados hipertensos, indivíduos com níveis de Pressão Arterial Sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou de Pressão Arterial Diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, validados por medidas repetidas, em condições corretas, por ao menos três ocasiões. No quadro 8, segue a Classificação da PA, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016).

Quadro 8 – Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

PAS- Pressão Arterial Sistêmica PAD – Pressão Arterial Diastólica

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016).

A HAS é uma doença de grande magnitude no Brasil. No entanto, são poucas as pesquisas de base populacional referentes à sua prevalência. Os estudos na maioria das vezes possuem comparações limitadas, em função de ser de abrangência local ou regional, e de diferenças nas questões e nos métodos. Inquéritos domiciliares em municípios brasileiros estimam prevalências que variam de 15% a 40% na população urbana adulta brasileira, dependendo da metodologia e abrangência do estudo (LESSA, 2010; ANDRADE *et al.*, 2014).

Em consequência de sua elevada prevalência, destacam-se os altos custos gerados pelas hospitalizações de pacientes com complicações da HAS, além de ser fator de risco para várias doenças, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença renal crônica (VASCONCELOS; SILVA; MIRANDA, 2017).

A detecção precoce, o tratamento e o controle da HAS e do diabetes mellitus (DM) são essenciais para a redução de seus agravos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE

CARDIOLOGIA, 2016; OLIVEIRA; VENCIO, 2016). Adotar medidas para a modificação de estilos de vida, como praticar atividade física regularmente e manter uma alimentação saudável agregada à adesão ao tratamento medicamentoso são práticas que atuam no controle e terapêutica. O investimento em diagnóstico precoce, a manutenção da adesão ao tratamento e o acesso à assistência de qualidade são medidas que contribuem para uma melhor qualidade de vida do paciente (WHO, 2014; BRASIL, 2013).

As orientações para mudanças nos hábitos de vida, para melhorar o controle da doença, constituem-se na redução do peso, alimentação saudável, atividade física e moderação no consumo de álcool (BRASIL, 2013). De acordo com o Ministério da Saúde, ao remodelar a assistência aos pacientes hipertensos, no âmbito do SUS, destaca-se que o modelo de assistência focado somente para a doença tem pouca eficiência no controle e prevenção dessa patologia. Sendo assim, a educação em saúde na atenção básica, constitui-se a melhor maneira de intervenção, pois sabendo da realidade em que a população assistida está inserida, as intervenções propostas pela equipe podem produzir resultados efetivos (MENDONÇA; NUNES, 2015).

Uma etapa difícil para prevenir e tratar a HAS é fazer com que o paciente entenda a importância e consiga mudar seu estilo de vida. Essas orientações enfatizam, principalmente, cuidados como uma alimentação saudável e a necessidade de praticar exercícios físicos (OLIVEIRA, 2008).

Nesse contexto, o interesse em conceitos como “atividade física”, “estilo de vida” e “qualidade de vida” vem ganhando espaço, ocasionando o aumento de estudos científicos acerca dos assuntos e constituindo um movimento no sentido de valorizar as ações voltadas para a realização e a operacionalização de ações, que possam contribuir para a melhoria do bem-estar do indivíduo, por meio da inserção de hábitos de vida saudáveis da população (OLIVEIRA, 2008).

Além das mudanças nos hábitos de vida é necessário que o paciente seja aderente ao tratamento farmacológico. A baixa adesão ao tratamento é um dos principais fatores para a persistência de valores elevados da pressão arterial (GEWEHR *et al.*, 2018).

A adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico consiste em seguir o tratamento, conforme proposto pelos profissionais de saúde, sendo fundamental para o sucesso da terapêutica (VASCONCELOS; SILVA; MIRANDA, 2017). Também é conceituado como a extensão pela qual o comportamento de uma pessoa reflete mudanças significativas no estilo de vida e está diretamente associada ao cumprimento de hábitos saudáveis, conforme o recomendado pelos profissionais de saúde (BEZERRA, LOPES; BARROS, 2014).

Em relação ao tratamento farmacológico, a não adesão significa o abandono do uso dos medicamentos sem orientação médica ou tomar o medicamento de forma irregular, como atrasar a tomada e realizar pequenas interrupções no tratamento. A baixa adesão ao tratamento é um dos principais fatores para a persistência de valores elevados da pressão arterial (GEWEHR *et al.*, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que em países desenvolvidos a prevalência de não adesão ao tratamento de longo prazo gira em torno de 50%, sendo que esses valores são superiores em países menos desenvolvidos (WHO, 2003). Estudos nacionais indicam prevalência próxima a da OMS, reafirmando o importante problema de saúde pública representado pela não adesão e suas potenciais consequências (SANTOS, 2013; GIROTTTO *et al.*, 2013; MARCHI *et al.*, 2013).

Ainda não há consenso com relação ao padrão que constitui a taxa de adesão adequada para o tratamento de doenças crônicas. Mas, alguns ensaios relativos à HAS, consideram taxas de adesão acima de 80% aceitáveis (MALLION *et al.*, 1998).

Assim, os estudos mostram que a não adesão ao tratamento é multifatorial, ocorrendo devido às dificuldades financeiras; a grande quantidade de anti-hipertensivos existentes no mercado; os esquemas terapêuticos muitas vezes complexos; efeitos adversos dos medicamentos; dificuldade de acesso ao sistema de saúde; inadequação da relação médico-paciente e o fato de ser uma doença silenciosa com cronicidade (GIROTTTO *et al.*, 2013). Também pode ser explicada por barreiras de acesso aos serviços de saúde, a falta de medicamentos e pela ineficácia dos fármacos (WHO, 2003; GIROTTTO *et al.*, 2013).

Assim, a não adesão ao tratamento da HAS é considerada um dos principais fatores para a falta de controle da pressão arterial em mais de dois terços dos indivíduos hipertensos (BARBOSA; LIMA, 2006).

Outro problema muito frequente na atenção básica é a presença de DM, muitas vezes associada à HAS. Sendo assim, é importante também abordar o DM, pois a associação das duas patologias aumenta o número de medicamentos e consequentemente aumenta a possibilidade de não adesão ao tratamento.

Em 2015, a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) destacou uma epidemia de DM, informando que cerca de 382 milhões de pessoas no mundo estavam sendo afetadas pela doença e, estes índices deveriam atingir 471 milhões até 2035. Desses indivíduos, cerca de 80% vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem mais intensidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Em uma pesquisa feita pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, divulgada pelo Ministério da Saúde, revelou que em 10 anos, o número de brasileiros com DM cresceu 61,8%, passando de 5,5% em 2006 para 8,9% em 2016. Foi constatado também que as mulheres pertencem ao grupo mais diagnosticado com a doença, passando de 6,3% para 9,9%; já os homens foram de 4,6% para 7,8% (LABOISSIÈRE, 2017).

Existem métodos de tratamentos não farmacológicos que podem ser associados à terapia medicamentosa, passada pelo médico no caso de Diabetes tipo 2. Esses métodos incluem modificações do estilo de vida, prática de atividade física, reorganização dos hábitos alimentares, redução do peso e diminuição ou abandono de alguns hábitos prejudiciais à saúde, como o tabagismo e o alcoolismo (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2003).

Além do cuidado com a alimentação, a prática de exercícios físicos é totalmente recomendada para o controle da doença, a menos que exista uma situação de contraindicação feita pelo educador físico ou médico (BAZOTTE; BERTOLINI, 2010).

Um dos maiores problemas encontrados pelos profissionais da saúde no tratamento de pacientes diabéticos é a baixa adesão ao tratamento, principalmente devido às mudanças nos hábitos de vida exigidos para o controle da doença (RODRIGUES; SANTOS; LOPES, 2014). É importante ressaltar que o diagnóstico da doença acarreta muitas vezes aos pacientes um choque emocional, que pode não estar

preparado para conviver com as limitações decorrentes da doença crônica. A DM pode interferir na vida familiar e comunitária, já que a doença exige uma rotina rigorosa de planejamento alimentar, atividade física e uso contínuo de medicamentos (PÉRES *et al.*, 2007).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Não adesão ao tratamento em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

De acordo com dados obtidos pelo município, existem 230 pessoas diagnosticadas e tratadas com HAS, de um total de 3260 habitantes. Esse problema de saúde é a principal patologia seguida pelo DM. Existem quatro grupos de hipertensos na ESF, onde são realizadas reuniões mensais. Entretanto, não contempla todos os usuários. Também existem vários hipertensos que apresentam diabetes associada, principalmente em idosos. Outro problema levantado é que existem muitas pessoas da população não diagnosticadas, o que mostra que esse número pode ter uma dimensão maior. Todos os dias são solicitadas tabelas de controle de HAS, com o intuito de se registrar novos diagnósticos.

A não adesão ao tratamento seja ele comportamental ou farmacológico, acarreta uma série de problemas a curto, médio e longo prazo. A não adesão causa grande impacto na sobrevida e na qualidade de vida. Em curto prazo, pode ocorrer maior risco cardiovascular, acidente vascular cerebral, encefalopatia hipertensiva; a médio prazo, o hipertenso pode ter crise hipertensiva e urgências hipertensivas; e a longo prazo, pode ocorrer nefropatia, oftalmopatia e cardiopatia hipertensiva.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A não adesão ao tratamento implica em uma série de complicações a curto e em longo prazo. Uma boa adesão ao tratamento melhora muito o prognóstico do paciente, quando o tratamento está correto. A adesão ao tratamento é um processo difícil e para o paciente apresentar uma boa adesão vários fatores estão relacionados, principalmente o interesse do paciente e a disponibilidade dos medicamentos. A falta de medicamento pode ser o início de uma cadeia de grandes

problemas. Nas unidades de saúde, muitas pessoas apresentam baixa renda e não podem aderir ao tratamento se o medicamento não estiver acessível. Assim, muitas pessoas apresentam riscos de saúde, quando há falta de medicamentos. No caso dos anti-hipertensivos, a falta de medicamentos pode levar aos riscos cardiovasculares como infarto, acidente vascular encefálico; em longo prazo pode causar nefropatia, cardiopatia e retinopatia hipertensiva. Outro problema grave é a falta de medicamentos para o DM. A falta dos medicamentos pode causar complicações agudas como cetoacidose diabética e complicações crônicas como nefropatia e retinopatia diabética. Portanto, a falta de medicamentos é um problema grave, que leva a não adesão ao tratamento. No entanto, não é apenas o acesso ao medicamento que é responsável pela não adesão. Existem outros fatores importantes que a equipe de saúde pode identificar por meio das consultas, visitas domiciliares e da formação de grupos para orientação.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Segundo Campos; Faria; Santos (2010) os nós críticos representam uma das causas do problema, que ao ser modificado pode impactar positivamente sobre ele. Além disso, geralmente é algo no qual seja possível uma intervenção. Na investigação dos fatores de risco para o não controle da HAS está a não adesão ao tratamento. Este problema pode ser causado pela pouca informação dos usuários da unidade de saúde, estilo de vida inadequado e falta de medicamentos. Abaixo, estão descritos os nós críticos, identificado no diagnóstico da ESF.

1. Nó crítico 1: Pouca informação das pessoas sobre as suas doenças. Esse nó crítico poderá ser solucionado com campanhas, mostrando os benefícios da adesão ao tratamento. Também, a distribuição de panfletos sobre as complicações da não adesão aos medicamentos e as orientações em grupo podem ser implementadas.
2. Nó crítico 2: Processo de trabalho inadequado para enfrentar a situação. Para solucionar esse nó crítico será necessário capacitar a equipe sobre a adesão ao tratamento. São necessárias explicações claras nas consultas, sobre o risco da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Dar maior enfoque ao HIPERDIA, que são grupos de hipertensos e diabéticos; reforçar o uso dos medicamentos,

por meio de visitas domiciliares por ACS; elaborar cartilha de explicação dos problemas pelo abandono do tratamento.

3. Nó crítico 3: Estilo de vida inadequado. A proposta é tentar solucionar, com a elaboração de listas contendo informações sobre a alimentação saudável e de preço acessível e incentivar a atividade física. Como a ESF estudada apresenta muitas pessoas carentes, para alcançar todos os hipertensos, a realização de palestras, principalmente para os analfabetos, se torna de extrema importância, para orientação em relação à adesão ao tratamento e a modificação de estilos de vida, podendo até realizar de forma didática, por imagens.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Abaixo estão descritos os quadros de 9 a 11.

Quadro 9 - Operações sobre o “nó crítico” 1 relacionado ao problema “Não adesão ao tratamento em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Xonin, município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais.

“Nó crítico” 1	Pouca informação das pessoas sobre as suas doenças.
Operações	-Promover eventos que visem sobre a doença; - Elaborar material explicativo de acordo com a linguagem das pessoas para orientação.
Projeto	Conhecimentos de saúde podem prevenir doenças.
Resultados esperados	-Melhor conhecimento da população; -Melhor adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.
Produtos esperados	-População aderente ao tratamento; -População mais preocupada com a sua saúde.
Recursos necessários	Estrutural: Estabelecer um local para a realização das atividades (igrejas, quadras de esporte, etc.); convidar profissionais de saúde da UBS ou NASF que tenham conhecimentos consolidados sobre o assunto e que apresentem motivações. Cognitivo: Agenda de palestras na Unidade de Saúde; promover eventos em locais com igrejas ou quadras e aproveitar esse momento para orientação sobre a adesão ao tratamento e uso dos medicamentos e estimular hábitos saudáveis. Financeiro: recursos para os materiais explicativos e eventos em saúde. Político: Local para as palestras e eventos. Motivação do gestor municipal.
Recursos críticos	Estrutural: encontrar um local para as palestras e eventos. Cognitivo: materiais de educação em saúde que chamem a atenção do usuário. Político: adesão do gestor municipal Financeiro: recursos para o material impresso; recursos para os eventos.
Controle dos recursos críticos	Equipe de saúde (aqueles mais motivados).
Ações estratégicas	Convidar a população por meio de notícias no rádio e nas igrejas (missa).
Prazo	2 meses para organização início em 3 meses
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Médico, enfermeira e ACS.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento por meio de planilhas para verificar se houve redução dos níveis de pressão arterial, de glicemia, colesterol, etc.; Redução da obesidade; se estão aderindo às caminhadas.

Fonte: Próprio autor (2019).

Quadro 10 - Operações sobre o “nó crítico” 2 relacionado ao problema “Não adesão ao tratamento em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Xonin, município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais.

“Nó crítico” 2	Processo de trabalho inadequado para enfrentar a situação
Operações	-Implantar linhas de cuidado; -Promover abordagens mais didáticas para compreensão da gravidade da Hipertensão arterial.
Projeto	Somos todos 120/80
Resultados esperados	-Capacitação da equipe para melhorar a qualidade de trabalho. -Compreensão do público alvo sobre os agravos da pressão arterial não controlada; - Motivação da equipe.
Produtos esperados	- Acolhimento com classificação de risco para adesão do usuário ao tratamento; - Protocolos implantados que facilitem o diagnóstico; - Profissionais capacitados e motivados para trabalhar sobre hipertensão arterial e a adesão ao tratamento; - Gestão da linha de cuidado.
Recursos necessários	Estrutural: capacitação da equipe Cognitivo: Melhor capacitação da equipe sobre o assunto e como motivar o paciente para o controle da PA; Financeiro: recursos financeiros para elaborar material de capacitação; Político: adesão da equipe e gestor municipal.
Recursos críticos	Estrutural: profissionais da equipe motivados para a implantação do projeto Cognitivo: elaboração de protocolos e de materiais explicativos; Político: mobilização da população; adesão do gestor de saúde; Financeiro: liberação de recursos para o material impresso.
Controle dos recursos críticos	Profissionais que integram a UBS.
Ações estratégicas	Promover um evento com a equipe para verificar a motivação dos profissionais.
Prazo	1 mês para organização e 2 meses para elaboração e aplicação.
Responsável pelo acompanhamento das ações	Médico da unidade
Processo de monitoramento e avaliação das ações	-Planilhas para acompanhar o controle da pressão arterial; -Reuniões em equipe para verificar a motivação dos profissionais.

Fonte: Próprio autor (2019).

Quadro 11 - Operações sobre o “nó crítico” 3 relacionado ao problema “Não adesão ao tratamento em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Xonin, município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais.

“Nó crítico” 3	Estilo de vida inadequado
Operações	-Realizar grupos de atividade física, incentivar a perda de peso, orientar sobre alimentação saudável; -Orientação sobre alimentos saudáveis; -Realizar caminhada denominada: “A caminho da vida saudável”
Projeto	Hábitos de vida saudáveis: mais saúde.
Resultados esperados	-Criar grupos de atividade física, incentivar a perda de peso, orientar sobre alimentação saudável.
Produtos esperados	-Criação de grupos para orientação sobre alimentação saudável; -Criação de academia popular na unidade.
Recursos necessários	Estrutural: caminhada coletiva no período da manhã duas vezes na semana; Cognitivo: orientação sobre modificar o estilo de vida; Financeiro: recursos para os aparelhos de academia; recursos para elaboração de material para orientar a população; Político: adesão do gestor municipal.
Recursos críticos	Estrutural: participação da caminhada coletiva sem desistência; Cognitivo: material de orientação e palestras com linguagem adequada a população. Político: a adesão do gestor; Financeiro: liberação de recursos pra compra de materiais.
Controle dos recursos críticos	Equipe de saúde.
Ações estratégicas	-Atividade multidisciplinar com nutricionista e educador físico; -Formação de grupos para atividade física.
Prazo	-2 meses para apresentação do projeto; 4 meses para compra de material, início em 6 meses.
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Médico coordenador de atenção básica e secretaria de saúde.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	-Número de usuários aderentes ao projeto; -Planilhas com resultados da pressão arterial e peso corporal.

Fonte: Próprio autor (2019).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito da ESF é oferecer ao usuário do SUS uma assistência integral à saúde, voltada não somente à assistência curativa, mas também à recuperação e à prevenção de doenças, mudando o foco do modelo hospitalar de cuidado. Para isso, são realizadas ações, levando-se em consideração o ambiente no qual o indivíduo está inserido e suas necessidades.

Em pacientes crônicos hipertensos e diabéticos, a principal dificuldade encontrada por profissionais da área da saúde é a baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Para um tratamento ser efetivo, são necessários hábitos de vida saudáveis e tomar a medicação corretamente. No caso de HAS e de DM os dois tipos devem estar conciliados, a fim de se obter uma resposta satisfatória.

Portanto, é de extrema importância a criação de formas de prevenção e de medidas que auxiliem no controle da doença, como o acompanhamento nutricional, o incentivo à prática de exercícios e a educação em saúde. Espera-se que a elaboração e a implantação do plano de intervenção possam contribuir para uma melhor adesão ao tratamento dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.16, n.9, p.39-52, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2019.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Hypertension Management in Adults With Diabetes. **Diabetes Care**, v.27, n.1, p.65-67, 2003. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/27/suppl_1/s65>. Acesso em: 22 jan. 2019.

ANDRADE, S. S. C. A. *et al.* Prevalence of self-reported arterial hypertension in Brazilian capitals in 2011 and analysis of its trends in the period between 2006 and 2011. **Rev Bras Epidemiol**, v.17, supl.1, p. 215-26, 2014.

BARBOSA, R.; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, n. 1, p. 35-8, 2006.

BAZOTTE, R. B; BERTOLINI, G. L. **Aspectos Fisiológicos do hormônio insulina**. In: BAZOTTE, R.B. (Org.). Cuidados Farmacêuticos ao Paciente Diabético. Ed.: MedBook Editora Científica (1ed.). Rio de Janeiro, v.1, p.35-47, 2010.

BEZERRA, A.S.M.; LOPES, J.L.; BARROS, A.B.L. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Rev Bras Enferm**, v.67, n.4, p. 550-5, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 164 p.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica 36. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em: 21 jan 2019.

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

em:<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 03out. 2018

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017.

COSTA, J. P. *et al.* Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em Debate**, v. 38, n.103, p.733-43, 2014. Acesso em: 22 jan. 2019.

GEWEHR, D. M. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v.42, n.116, p.179-90, 2018.

GIROTTI, E. *et al.* Adesão ao Tratamento Farmacológico e não Farmacológico e Fatores Associados na Atenção Primária da Hipertensão Arterial. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1763-72, 2013.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Práticas de Acolhimento e vínculo: integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic Saúde, Educ.**, v.17, n.9, p.287-301, 2005.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2019.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Governador Valadares**. Brasília, [online], 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 21 jan. 2019. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/.../governador-valadares/panoram>

LABOISSIÈRE, P. **Pesquisa revela que diabetes no Brasil cresceu 61,8% em dez anos**. 2017. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-04/pesquisa-revela-que-diabetes-no-brasil-cresceu-618-em-dez-anos>>. Acesso em: 22 jan. 2019.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal [editorial]. **Cad Saúde Públ**, v. 26, n.8, p. 1470-75, 2010.

MALLION, J. M.; *et al.* Compliance, electronic monitoring and antihypertensive drugs. **J Hypertens Suppl**, v.16, n.1, p. S75-S79, 1998.

MARCHI, K.C. *et al.* Adesão à medicação em pacientes com doença de Parkinson atendidos em ambulatório especializado. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.18, p.855-62, 2013.

MENDONÇA, C. S. Saúde da família, agora mais do que nunca. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.14, Supl.1, p.1493- 1497, 2009.

MENDONCA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. Trabalho, **Rev Educ Saúde**, v. 13, n. 2, p. 397-409, 2015.

OLIVEIRA, A.P. Anuário da produção de iniciação científica discente, 12, 2008, São Paulo. **Anais**. São Paulo: Anhanguera Educacional, 2009. v.11, p.13-38, 2008. Disponível em:
<<https://repositorio.pgsskroton.com.br/bitstream/123456789/1010/1/artigo%201.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

OLIVEIRA, J.E.P.; VENCIO, S. Organizadores. Diretrizes da Sociedade Brasileira de **Diabetes** (2015-2016). São Paulo: A.C. Farmacêutica; 2016.

PÉRES, D.S. *et al.* Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 15, n.6, 2007. www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104...script=sci_arttext..pt. Acessado em 12 de fev. 2019

RODRIGUES, M.T.G.; SANTOS, L.C.; LOPES, A.C.S. Adesão ao aconselhamento nutricional para o diabetes *mellitus* em serviço de atenção primária à saúde. **Rev Min Enferm**, v.18, n.3, p. 685-90, 2014. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/955>. Acessado em 10.jun.2019.

SILVA, M.V.S.; MIRANDA, G.B.N.; ANDRADE, M.A. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.21, n.62, p.589-99, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Classificação etiológica do diabetes mellitus**. 2015.

Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-tipo-2/002-Diretrizes-SBD-Classificacao-pg5.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v.107, Suppl. 3, p. 1-83, 2016.

SANTOS, M.V.R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Rev Bras Clín Med**, v.11, p.55-61, 2013.

SOLÍS, V. E.; FERNÁNDEZ, M. J. Aspectos nutricionais na prevenção e tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Costarric. Saúde Pública**, v.1, n.19, p.42-47, 2010. Acesso em: 21 jan. 2019.

VASCONCELOS, T. R. S.; SILVA, J. M.; MIRANDA, L. N. Fatores associados a não adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa da literatura. **Ciênc Biológica Saúde**, v.4, n.2, p.385-96, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.