

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Daniella Fagundes da Cruz Teixeira

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DOS FATORES
ASSOCIADOS À PRESSÃO ARTERIAL INADEQUADA DE PESSOAS COM
HIPERTENSÃO NA ESF VIDA E ESPERANÇA EM IBIRACATU - MG**

Ibiracatu-MG

2021

Daniella Fagundes da Cruz Teixeira

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DOS FATORES
ASSOCIADOS À PRESSÃO ARTERIAL INADEQUADA DE PESSOAS
COM HIPERTENSÃO NA ESF VIDA E ESPERANÇA EM IBIRACATU - MG**

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

Orientadora: Professora Rosamary Aparecida Garcia Stuchi

Ibiracatu-MG

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos vinte e dois dias do mês de maio de 2021, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família - CEGCSF se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do aluno **DANIELLA FAGUNDES DA CRUZ TEIXEIRA** intitulado " PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DOS FATORES ASSOCIADOS À PRESSÃO ARTERIAL INADEQUADA DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO NA ESF VIDA E ESPERANÇA EM IBIRACUTU-MG ", requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Dra. ROSAMARY APARECIDA GARCIA STUCHI e Dra. SELME SIQUEIRA DE MATOS. O TCC foi aprovado com a nota 85.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia vinte e dois do mês de maio do ano de dois mil e vinte e um e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Belo Horizonte, 03 de fevereiro de 2022.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 07/02/2022, às 19:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 1232801 e o código CRC 0540C571.

Daniella Fagundes da Cruz Teixeira

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DOS FATORES
ASSOCIADOS À PRESSÃO ARTERIAL INADEQUADA DE PESSOAS COM
HIPERTENSÃO NA ESF VIDA E ESPERANÇA EM IBIRACATU - MG**

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

Orientadora: Professora Rosamary Aparecida Garcia Stuchi, Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Banca examinadora

Profa Dra Rosamary Aparecida Garcia Stuchi- UFVJM

Profa Dra Selme Silqueira de Matos-UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 11 de Abril de 2021

Dedico este trabalho à comunidade que me acolheu e à equipe de saúde, que compartilhou comigo da realização deste trabalho, apesar das limitações. Dedico também à minha família por sua compreensão e apoio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelas bênçãos diárias.

À minha equipe pela ajuda, apesar das dificuldades.

E aos pacientes pela disponibilidade e cooperação.

“Saúde não é apenas ausência de doença, mas também a habilidade de resistir a infecções, ataques de parasitas e perturbações metabólicas.”

Edilson Alves

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Apesar de devidamente diagnosticados, grande parte dos hipertensos não fazem uso correto das medicações e não possuem acompanhamento regular, realidade muito comum em hipertensos acompanhados área de abrangência da ESF Vida e Esperança no Município de Ibiracatu – MG. O objetivo geral desse estudo é elaborar um projeto de intervenção que identifique os fatores associados à pressão arterial não controlada de pessoas com hipertensão e que aumente a adesão ao tratamento dessas pessoas na área de abrangência da ESF Vida e Esperança. Há ainda os objetivos específicos que são compreender quais as dificuldades para adesão desses hipertensos ao tratamento; caracterizar de forma mais precisa o perfil do nosso público alvo e Intervir de forma efetiva sobre os fatores que dificultam a adesão ao tratamento. Após identificação dos pacientes através do diagnóstico situacional, hipertensos com valores pressóricos alterados, foi possível a elaboração de ações que possam melhorar a qualidade de vida desse grupo.

Palavras-chave: Hipertensão arterial – adesão ao tratamento – estratégia de saúde da família.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is considered one of the main modifiable risk factors and one of the most important public health problems. Despite being properly diagnosed, most hypertensive patients do not make correct use of medications and do not have regular monitoring, a very common reality in hypertensive patients monitored by the ESF Vida e Esperança's coverage area in the city of Ibiracatu – MG. The general objective of this study is to elaborate an intervention project that identifies the factors associated with the inadequate blood pressure of people with hypertension and to increase adherence to the treatment of these people in the area covered by the ESF Vida e Esperança. There are also specific objectives, which are to understand the difficulties for these hypertensive patients to adhere to the treatment; more accurately characterize the profile of our target audience and Intervene effectively on the factors that hinder treatment adherence. After identifying the patients through the situational diagnosis, hypertensive patients with altered pressure values, it was possible to develop actions that could improve the quality of life of this group.

Keywords: Systemic arterial hypertension - adherence to treatment - health strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** – Microrregião de Brasília de Minas e São Francisco. Seta vermelha: Localização do município de Ibiracatu, MG 15
- Quadro 1** - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alto número de hipertensos com valores pressóricos alterados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida e Esperança, Ibiracatu, estado de Minas Gerais 34
- Quadro 2** - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” Carência assistencial à saúde - relacionado ao problema “Alto número de hipertensos com valores pressóricos alterados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida e Esperança, Ibiracatu, estado de Minas Gerais 35
- Quadro 3** - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” Mudança de hábitos alimentares e de estilo de vida- relacionado ao problema “Alto número de hipertensos com valores pressóricos alterados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida e Esperança, Ibiracatu, estado de Minas Gerais 36
- Quadro 4** - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” Falta de conhecimento dos pacientes sobre a doença - relacionado ao problema “Alto número de hipertensos com valores pressóricos alterados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida e Esperança, Ibiracatu, estado de Minas Gerais 37
- Quadro 5** - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 5” Perda de prazeres da vida diária - relacionado ao problema “Alto número de hipertensos com valores pressóricos alterados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida e Esperança, Ibiracatu, estado de Minas Gerais 38

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Aspectos demográficos dos pacientes adscritos em Ibiracatu, MG | 17 |
| Tabela 2 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Vida | 21 |
| Tabela 3 – Classes de anti-hipertensivos disponíveis para uso clínico | 28 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|---|
| ABS | Atenção Básica à Saúde |
| ACS | Agente Comunitários de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| BIREME | Biblioteca Regional de Medicina |
| DCNT | Doença crônica não transmissível |
| DCV | Doenças cardiovasculares |
| DM | Diabetes mellitus |
| EJA | Educação de jovens e adultos |
| ESF | Equipe de Saúde da Família |
| FR | Fatores de risco |
| HA | Hipertensão arterial |
| HAS | Hipertensão arterial sistêmica |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MG | Minas Gerais |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| PA | Pressão arterial |
| PAS | Pressão arterial sistólica |
| PAD | Pressão arterial diastólica |
| PES | Programa estratégico situacional |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| Scielo | Scientific Eletronic Library Online |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TNM | Tratamento não medicamentoso |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.1 Aspectos gerais do município Ibiracatu – MG | 16 |
| 1.2 Aspectos da comunidade | 16 |
| 1.3 Aspectos socioeconômicos | 16 |
| 1.4 O sistema municipal de saúde | 17 |
| 1.5 A Unidade Básica de Saúde Vida e Esperança | 19 |
| 1.6 A Equipe de Saúde da Família Vida e Esperança | 19 |
| 1.7 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Vida e Esperança | 19 |
| 1.8 O dia a dia da equipe Vida e Esperança | 20 |
| 1.9 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) | 20 |
| 1.10 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo) | 21 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 22 |
| 3 OBJETIVOS | 23 |
| 3.1 Objetivo geral | 23 |
| 3.2 Objetivos específicos | 23 |
| 4 METODOLOGIA | 24 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 26 |
| 5.1 Hipertensão Arterial | 26 |
| 5.2 Tratamento da hipertensão arterial | 27 |
| 5.3 Fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-Hipertensivo | 28 |
| 6 PLANO DE INTERVENÇÃO | 30 |
| 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) | 30 |
| 6.2 Explicação do problema (quarto passo) | 31 |
| 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) | 32 |
| 6.4 Desenho das operações (sexto passo) | 33 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 39 |
| 8 REFERÊNCIAS | 41 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município Ibiracatu, MG

O município de Ibiracatu está localizado no Norte de Minas Gerais, na região Mineira da Sudene, apresentando como limites as cidades de Varzelândia, Lontra, São João da Ponte e Pedras de Maria da Cruz (Figura 1). Possui extensão territorial de 353,413 km² que abrange quarenta e uma comunidades (BRASIL, 2010). Atualmente, de acordo com o IBGE 2010, a população é de 6.155 habitantes. O bioma, caracterizado pelo cerrado, apresenta um relevo plano e suavemente ondulado.

Figura 1: Microrregião de Brasília de Minas e São Francisco.
Seta vermelha: Localização do município de Ibiracatu, MG.



Fonte: Cisrun - SAMU Macro Norte

A população do município foi formada com a chegada dos primeiros moradores da família Marçal. Batizada a nova terra com o nome de Gameleiras, devido à grande quantidade de árvores que se destacavam dentre as demais na vegetação. Logo foram surgindo novos exploradores que levaram grandes produções a essa terra, através de seus costumes tornando o comércio sua maior fonte de produção e renda.

A negociação de seus produtos era feita a base de trocas na região de Januária, que tinha facilidade de tráfego através do rio São Francisco pelos vapores, barcos e

lanchas que traziam produtos que não tinham na região como pano para confecções, algodão, toicinho, fumo e banana. (IBGE, 2017)

Esse povoado de Gameleiras tornou-se distrito de Brasília de Minas em 1925 quando ganhou o nome de Ibiracatu, sendo emancipada em 21 de dezembro de 1995, com uma população, na época de 5.039 habitantes. (IBGE, 2017)

A economia atual de Ibiracatu se caracteriza pela agricultura de subsistência, e o excedente da produção é comercializado na própria região e cidades vizinhas. Os principais cultivos são de cana de açúcar, feijão, milho e mandioca. A pecuária predominante é de corte, que se restringe a atividade de cria para a produção de carne para o consumo interno, sendo a produção de leite inexpressiva. A agroindústria se resume a produção de aguardente, rapadura e farinha de mandioca. O município conta com 56,29 % da população na zona rural e 43,71 % na zona urbana.(IBGE, 2017)

Em relação à saúde, a cidade conta com três Unidades de Atenção Primária à saúde sendo duas distribuídas na zona rural, São Domingos e Bonança, e uma na zona urbana. Possui também uma Unidade de Atendimento Imediato aberta 24hs, porém muito precária, e que referencia, quando necessário, para as unidades de média e alta complexidade das cidades vizinhas sobretudo Hospital de Varzelândia e de Brasília de Minas. Um grande problema no desenvolvimento da ESF, em que pese uma remuneração superior à média do mercado, é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos e dentistas. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE / MUNICÍPIO DE IBIRACATU, 2018)

1.2 Aspectos da Comunidade

A ESF - Vida e Esperança é a única unidade de saúde situada na zona urbana (Ibiracatu) e sua de área de abrangência inclui alguns distritos com até 8km de distância da sede. São elas: Traspassa, Buriti, Barreiro, Datas, Para Terra e Barreiro da Raiz.

1.3 Aspectos Socioeconômicos

A Unidade de Saúde Vida e Esperança foi a primeira unidade a ser criada e possui ao todo 1.568 pacientes registrados, sendo sua sede situada na área urbana, na

região central da cidade (Tabela 1). O comércio é a principal economia dessa área. Inclui além de lojas, padarias, supermercados, lotérica e restaurante, uma feira de produtos agrícolas que ocorre uma vez por semana na Praça da Igreja Católica – Paróquia Santo Antônio.

Em Ibiracatu ocorrem também as "Tradicionais Festas da Linguíça" envolvendo toda população, a igreja católica e o poder público. Por se tratar de um município muito carente, é grande o número de desempregados e subempregados.

A estrutura de saneamento básico na comunidade é precária, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário (86.7% Fossa) e a coleta de lixo (61,3% coletado). Além disso, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias.

Em relação à educação, o município oferece escolas de Educação infantil e ensino fundamental (1º ao 9º ano), e EJA (Educação de Jovens e Adultos). O analfabetismo é elevado e a evasão escolar entre maiores de 14 anos é grande devido à baixa renda familiar, onde os alunos acabam abandonando a escola para trabalhar.

Tabela 1 - Aspectos demográficos dos pacientes adscritos em Ibiracatu, MG

| FAIXA ETÁRIA/ANO | MASCULINO | FEMININO | TOTAL |
|------------------|-----------|----------|-------|
| 0-4 | 91 | 83 | 174 |
| 5-14 | 161 | 137 | 298 |
| 15-19 | 121 | 105 | 226 |
| 20-29 | 99 | 94 | 193 |
| 30-39 | 68 | 85 | 153 |
| 40-49 | 77 | 65 | 142 |
| 50-59 | 69 | 54 | 123 |
| 60-69 | 53 | 49 | 102 |
| 70-79 | 45 | 49 | 94 |
| ≥ 80 | 28 | 35 | 63 |
| TOTAL | 750 | 818 | 1568 |

Fonte: Elaborado pela autora com base no cadastro da população da área de abrangência

1.4 O sistema municipal de saúde

No Brasil, a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, sob os moldes de redes de atenção, também tem sido apontada como estratégia para consolidação de seus princípios: universalidade, integralidade e equidade (MENDES, 2011).

O princípio de descentralização que norteia o SUS ocorre, especialmente, pela transferência de responsabilidades e recursos para a esfera municipal, estimulando

novas competências e capacidades político-institucionais dos gestores locais, além de meios adequados à gestão de redes assistenciais de caráter regional e macrorregional, permitindo o acesso, a integralidade da atenção e a racionalização de recursos. Os Estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização.

A administração municipal, de forma progressiva, tem a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, onde é inserido conjunto de ações que caracterizam a Atenção Básica (BRASIL, 2003). Existem no Brasil milhares de pequenas municipalidades que não possuem em seus territórios condições de oferecer serviços de média e alta complexidade, como é o caso de Ibiracatu cuja assistência à saúde é voltada para a Atenção Primária por meio das ESFs.

De acordo com a portaria GM nº4.279 de 30 de dezembro de 2010, as Redes de Atenção à Saúde constituem-se em diferentes arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que por meio de um sistema de simples apoio, busca garantir o cuidado à saúde. A Rede de Atenção à Saúde se estrutura na Rede de Assistência à Saúde, na Rede de Vigilância em Saúde e na Rede de Gestão. A Rede de Assistência à Saúde compreende a Atenção Primária, Atenção Especializada, Atenção de Alta Complexidade, o Serviço de Regulação e Assistência Farmacêutica. A Rede de Vigilância em Saúde compreende a Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, Controle de Zoonoses e Vigilância Sanitária. A Rede de Gestão compreende o gabinete da secretária, Núcleo de Apoio (setor de recursos humanos, setor de transporte da saúde, setor orçamentário e financeiro através do Fundo Municipal de Saúde, contabilidade, compras, almoxarifado e informática) (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE / MUNICÍPIO DE IBIRACATU, 2018).

A porta de entrada dos serviços de saúde ocorre por meio das equipes da Estratégia de Saúde da Família, compostas por médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e dentistas, dentre outros profissionais. Dependendo da necessidade de cada cidadão, o clínico geral pode encaminhar o paciente para consultas com especialistas ou para exames especializados, que são oferecidos nos municípios vizinhos.

Integrado à Atenção Básica, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF objetiva potencializar as ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família, aumentando a

resolutividade. Para isso, não se constitui como unidade física independente ou especial, mas trabalha no compartilhamento do cuidado dos casos com as equipes da APS. Em Ibiracatu há 1 equipe de NASF credenciada ao Ministério da Saúde (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE / MUNICÍPIO DE IBIRACATU, 2018).

1.5 Unidade Básica de Saúde ESF Vida e Esperança

A Unidade de saúde ESF Vida e Esperança situa-se na área urbana, na região central da cidade, sendo de fácil acesso para a maior parte dos pacientes pertencentes a área. Trata-se de uma casa grande, bem dividida e que recentemente foi reformada.

A propriedade é da prefeitura e é composta por recepção, local onde estão organizados os prontuários, possui um computador com internet, cadeiras, TV, banheiro, bebedouro; sala de reunião, com mais dois computadores, sem internet, utilizados apenas para digitação dos atendimentos e procedimentos no sistema E-SUS (base de informatização do SUS); um consultório médico, um consultório odontológico, um consultório da enfermagem, sala para a triagem/acolhimento com balança para crianças e adultos, aparelho de aferir PA e glicemia; sala de medicação com material para retirada de sutura e troca de curativos, nebulizador; sala de vacina; cozinha, banheiro para funcionários, sala de coleta para exames laboratoriais e sala de autoclave.

1.6 A Equipe de Saúde da Família Vida e Esperança

A Equipe de saúde da família é composta por uma técnica em enfermagem, um auxiliar, um auxiliar de consultório dentário, um recepcionista e um funcionário para serviços gerais, todos efetivos. Dos seis agentes de saúde, quatro deles são efetivos e dois são contratados. A equipe ainda é composta por um enfermeiro, um dentista, e um médico, todos contratados. Todos os integrantes cumprem carga horária de 40 horas semanais.

1.7 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Vida e Esperança

A Unidade funciona de 7hs às 11hs e de 13hs às 17hs de segunda a sexta. A agenda fica na recepção com as vagas pré-determinadas de consultas agendadas, cuidado continuado (Puericultura, Pré-natal, HAS e DM), demanda espontânea e de urgência e visitas domiciliares. Os agendamentos são realizados pela recepcionista e agentes de saúde conforme disponibilidade, bem como a organização dos arquivos e dos resultados de exames.

A equipe ESF Vida e Esperança inicia suas atividades às 07:00h com todos os agentes de saúde auxiliando na separação das fichas de atendimento enquanto a recepcionista anota os nomes e endereços dos pacientes e destina-os para sala de acolhimento/triagem. Os atendimentos médicos iniciam-se logo após o acolhimento. Os agentes comunitários de saúde (ACS) logo que terminam, fazem suas anotações e iniciam suas visitas diárias. Após o retorno a ESF, os agentes agendam as visitas domiciliares da semana conforme necessidade.

Em anos anteriores a equipe tentou realizar a formação de grupos de pacientes tabagistas, hipertensos e diabéticos, porém teve pouca adesão da população e extinção gradativa dos grupos.

1.8 O dia a dia da Equipe Vida e Esperança

A equipe ainda não tem uma rotina de planejamento das ações, o que dificulta e até mesmo limita algumas atividades.

Nos últimos dois meses começou-se a realizar reuniões semanais, porém alguns agentes mais resistentes não comparecem regularmente, para planejar ações simples como as visitas domiciliares e o agendamento das consultas de acompanhamento continuado (HAS, DM e PN). Atualmente, as visitas ocorrem às quartas-feiras à tarde e às quintas-feiras de manhã são realizados pré-natais. Às sextas-feiras o objetivo é atender a demanda espontânea, juntamente com o acompanhamento de hipertensos e diabéticos.

Os grupos de educação em saúde ocorrem de modo irregular e, nesses três meses que compoem a equipe já conseguimos realizar duas reuniões – Setembro Amarelo e Outubro Rosa.

1.9 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Foram realizadas reuniões com toda a equipe, buscando identificar quais os principais problemas observados na comunidade, bem como avaliado quais as demandas e dificuldades mais recorrentes dos pacientes durante as consultas multiprofissionais (enfermeira, médica e odontológica).

Apesar do pouco tempo de atividade na ESF Vida e Esperança, foi possível perceber que existem pontos que devem ser melhorados em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população.

Dentre os vários problemas levantados durante as reuniões, destacam-se: o grande número de hipertensos com valores pressóricos elevados, alto índice de doenças crônicas não transmissíveis e de tabagistas e etilistas na comunidade. Foram salientadas também a precariedade do saneamento básico e o número elevado de pessoas desempregadas ou com subempregos. Tendo em vista os muitos problemas levantados, faz-se então a priorização de um deles para o desenvolvimento do plano de ação. Para tal, foram utilizados os seguintes critérios: importância do problema, urgência e capacidade do grupo para enfrentá-lo.

1.10 Priorização dos problemas

A Tabela 2 mostra a classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Vida e Esperança, Unidade Básica de Saúde Vida e Esperança, município de Ibiracatu, estado de Minas Gerais.

Tabela 2. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde ESF Vida e Esperança, município de Ibiracatu – MG.

| Principais Problemas | Importância* | Urgência** | Capacidade de Enfrentamento*** | Seleção |
|--|--------------|------------|--------------------------------|---------|
| Grande número de hipertensos com valores pressóricos alterados | ALTA | 9 | PARCIAL | 1 |
| Alto índice de doenças crônica não transmissível | ALTA | 5 | PARCIAL | 2 |
| Alto índice de tabagismo e etilismo | ALTA | 7 | PARCIAL | 3 |
| Carência de saneamento básico | ALTA | 4 | FORA | 4 |
| Número elevado de desempregados ou com subemprego | ALTA | 5 | FORA | 5 |

Legenda: *Alta, média ou baixa / ** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30 / ***Total, parcial ou fora

Fonte: Elaborado pela autora.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) definida por níveis pressóricos, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ou medicamentoso) superam os riscos (DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2020). Vale ressaltar que a HA é uma condição multifatorial, que não depende apenas de fatores genéticos, mas também ambientais e sociais.

O presente estudo se justifica pela alta prevalência de pacientes com hipertensão descompensada na comunidade, conforme observação realizada pela equipe de saúde local. Por meio desse estudo pode-se conhecer melhor os fatores que estão relacionados com o grande número de paciente com valores pressóricos alterados, que representa cerca de 10% dos hipertensos adscritos na área.

Dessa forma, o conhecimento gerado poderá subsidiar a formulação de ações que visam ao aumento da adesão dos hipertensos ao tratamento, aumento do conhecimento sobre a doença e suas complicações e, assim proporcionar o melhor controle pressórico do público alvo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção que identifique os fatores associados à pressão arterial não controlada de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e que aumente a adesão dessas pessoas ao tratamento na área de abrangência da ESF Vida e Esperança, Ibiracatu – MG.

3.2 Objetivos específicos

- Compreender quais as dificuldades para adesão ao tratamento de HAS, pelo público alvo.
- Caracterizar o perfil dos hipertensos que não aderem ao tratamento.
- Intervir de forma efetiva sobre os fatores que dificultam a adesão ao tratamento.

4 METODOLOGIA

O presente projeto de intervenção ocorrerá no município de Ibiracatu-MG. Este projeto foi fundamentado no Programa Estratégico Situacional (PES), conforme descrito na Unidade I Planejamento das ações em saúde, seção 3 da disciplina de Iniciação Científica deste curso.

Durante alguns meses, entre agosto e outubro de 2019, foram realizadas reuniões com a equipe na sede do PSF para avaliarmos quais os principais problemas/queixas encontradas na comunidade, sobretudo pelos ACS. Neste sentido, priorizou-se os pontos mais relevantes de forma rápida e prática, respeitando a importância e o impacto que tais ações possam causar à população.

Após identificação através do diagnóstico situacional, o alto número de hipertensos descompensados foi escolhido como problema “a necessidade de enfrentamento dos fatores associados à pressão arterial não controlada de pessoas hipertensas sobretudo a não adesão ao tratamento na ESF Vida e Esperança”.

Existem quatro momentos que caracterizam o processo de planejamento estratégico situacional, conforme CAMPOS, FARIA e SANTOS (2018, n.p.):

- Momento explicativo: onde é avaliada a situação atual da população, buscando identificar, priorizar e analisar problemas;
- Momento normativo: é realizada a elaboração de propostas para o enfrentamento do problema identificado;
- Momento estratégico: em que se busca a viabilidade para as propostas e soluções elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo traçado;
- Momento tático-operacional: fase de execução do plano traçado.

A elaboração do Plano de intervenção / Plano de ação será realizado em passos, conforme CAMPOS, FARIA e SANTOS (2018, n.p.):

- Primeiro passo: identificação dos problemas
- Segundo passo: classificação e priorização de problemas
- Terceiro passo: explicação do problema selecionado
- Quarto passo: descrição do problema selecionado
- Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

- Sexto passo: desenho das operações sobre os nós críticos (operações, projeto / resultados esperados, produtos esperados)
- Sétimo passo: elaboração do plano operativo
- Oitavo passo: análise de viabilidade do plano – gestão do plano

Trata-se de um estudo realizado por meio da busca ativa sobre o tema, utilizando os seguintes descritores: Hipertensão Arterial; Adesão ao Tratamento e Estratégia Saúde da Família, com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais como SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), além de informações contidas no Plano Municipal de Saúde 2018, de Ibiracatu-MG.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial:

Conforme Barroso (2020), corroborando com a publicação da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão de 2020, a hipertensão arterial (HA) é caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva. Ela reforça ainda que:

“Por se tratar de condição frequentemente assintomática, a HA costuma evoluir com alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos”. Ainda neste mesmo documento, a Sociedade Brasileira de cardiologia classifica a hipertensão arterial como o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC) e morte prematura, sobretudo se associada a alterações metabólicas, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose, e diabetes melito-DM”(BARROSO et al. 2020, p.9).

Na revista Brasileira Geriatria Gerontologia (2015, n.p.), a autora Cláucia Raquel Aiolfi *et al* (2015) afirmam que o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, principalmente a hipertensão, mais comuns entre os idosos, está relacionado ao crescente e constante envelhecimento populacional o que, conseqüentemente, favorece o uso de múltiplos medicamentos e maior taxa de incapacidades físicas e mentais destes, o que acaba trazendo muitos desafios e gastos tanto para a família quanto para a sociedade.

O controle pressórico adequado constitui-se como um desafio ao paciente devido a necessidade de mudança de estilo de vida, adaptação e entendimento quanto ao uso das medicações prescritas. Presume-se que essa adesão ao tratamento é consolidada mediante a participação do paciente de forma ativa à escolha do plano terapêutico, levando em consideração as limitações econômicas, físicas, psicológicas e sociais. Assim, ele se torna sujeito do processo, assumindo com os profissionais de saúde a responsabilidade pelo tratamento.

5.2 Tratamento da hipertensão arterial

Um dos objetivos específicos do tratamento do paciente hipertenso é, segundo a VIII Diretrizes de hipertensão arterial de 2020, fazer com que o paciente consiga manter a pressão arterial sempre controlada após alcançar o valor pré-estabelecido, levando em consideração as características individuais de cada hipertenso como idade e a presença de doença cardiovascular (DCV) ou de seus fatores de risco (FR).

Segundo FAVA *et al* (2014, n.p.), “a adesão ao tratamento da HAS corresponde ao grau de concordância entre a prescrição e orientação médica e a conduta de comportamento do paciente, o que se constitui em grande desafio”, por isso, é fundamental que durante o tratamento haja explicação detalhada aos pacientes sobre a ocorrência de possíveis efeitos colaterais, a possibilidade de eventuais modificações na terapêutica instituída, ajuste de doses e o tempo necessário para que o efeito pleno dos medicamentos seja obtido.

Os autores SOUZA e YAMAGUCHI (2015) afirmam que atualmente existem inúmeros fármacos disponíveis para o tratamento medicamentoso da HAS, que devem ser selecionados de acordo com a necessidade de cada indivíduo (SOUZA; YAMAGUCHI, 2015, p.115). Para tanto se faz necessária a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar e idade. Por se tratar de uma patologia com característica multifatorial, o tratamento da hipertensão requer com frequência associação de dois ou mais anti-hipertensivos. MALACHIAS *et al* (2016) acrescenta que

“o tratamento não medicamentoso (TNM) da HA envolve controle ponderal, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros. Nele, a mudança comportamental e a adesão a um plano alimentar saudável são fundamentais para reduzir os valores pressóricos” (MALACHIAS *et al*. 2016, n.p.)

As principais classes de anti-hipertensivos existentes no mercado são: Diuréticos, Inibidores adrenérgicos, Ação central – agonistas alfa-2 centrais, Betabloqueadores – bloqueadores beta-adrenérgicos, Alfabloqueadores – bloqueadores alfa-1 adrenérgicos, Vasodilatadores diretos, Bloqueadores dos canais de cálcio, Inibidores da enzima conversora da angiotensina, Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II e Inibidor direto da renina que podem ser utilizados em monoterapia ou combinados, conforme a necessidade de cada paciente.

Tabela 3. Classes de anti-hipertensivos disponíveis para uso clínico

| |
|---|
| Diuréticos |
| Inibidores adrenérgicos |
| Ação central – agonistas alfa-2 centrais |
| Betabloqueadores – bloqueadores beta-adrenérgicos |
| Alfabloqueadores – bloqueadores alfa-1 adrenérgicos |
| Vasodilatadores diretos |
| Bloqueadores dos canais de cálcio |
| Inibidores da enzima conversora da angiotensina |
| Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina I |
| I Inibidor direto da renina |

Fonte: Elaborado pela autora.

A última Diretriz de hipertensão arterial publicada em 2020 recomenda nova meta em adultos com Hipertensão Arterial e Doença Renal Crônica, diabéticos ou não e o valor estabelecido é de PA < 130/80 mmHg. Em casos selecionados, metas mais estritas podem ser almeçadas, mas sob estrita vigilância e após compartilhamento de riscos com o paciente.

5.3 Fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo

O grande desafio e fonte de frustração para os profissionais de saúde é a não adesão do paciente ao tratamento proposto. Portanto, Gewher *et al* (2018) afirma que

o controle da Pressão Arterial (PA), além de exigir a participação individual, também requer a assistência da equipe de saúde, dentro de um programa eficiente de controle da HAS, pois há fatores como a cronicidade da doença, aliada à falta de sintomatologia, que influenciam e condicionam o processo do efetivo controle dos níveis pressóricos. (GEWEHR *et al.*, 2018, p.180).

A não adesão é classicamente considerada como um fenômeno complexo e multideterminado que impede o alcance dos objetivos terapêuticos e pode constituir-se em fonte de frustração para os profissionais de saúde, sendo mais evidente no tratamento medicamentoso (BARRETO *et al*, 2015, n.p.).

Vale ressaltar que efetiva adesão ao tratamento envolve não apenas o uso adequado e contínuo da medicação, mas também a mudança no estilo de vida que inclui controle alimentar, prática de atividade física e cessação de hábitos como fumar e ingerir bebida alcoólica.

A medicação prescrita, que deveria ser facilitadora do processo, passa a ser um complicador para o tratamento, o que, muitas vezes, compromete o próprio seguimento da adesão e não garante a redução dos valores da PA, interferindo no controle da doença, na prevenção de complicações e no retardo de agravos. (DANIEL *et al*, 2013, n.p.)

Existe uma forte influência da cultura sobre o tratamento para HAS e outras doenças crônicas na comunidade de Ibiracatu, pois muitos acreditam em “tratamentos caseiros” com uso de ervas em substituição aos comprimidos e só procuram a unidade de saúde quando adoecem. Desta forma, os pacientes muitas vezes necessitam ser encaminhados ao serviço de emergência, causando internações que poderiam ser evitadas. Outro ponto relevante é a não comunicação com o médico prescritor. Comumente, os mesmos não tiram as dúvidas sobre a forma de usar as medicações, acerca de interação com outros remédios que já fazem uso ou sobre o uso concomitante de bebidas alcoólicas, bem como sobre a influência e mudanças necessárias em seus hábitos de vida diária.

São muitos os fatores que contribuem para a falta de adesão, tais como as dificuldades financeiras, o maior número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a inadequação da relação médico-paciente, a característica assintomática da doença e a sua cronicidade (GIROTTI *et al*, 2013, n.p.)

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção referente ao problema priorizado “Alto número de hipertensos com valores pressóricos alterados na ESF Vida e Esperança em Ibiracatu-MG foi elaborado de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme descrito na Unidade I Planejamento das ações em saúde, seção 3 da disciplina de Iniciação Científica deste curso.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O tratamento da HAS baseia-se em medidas não farmacológicas e farmacológicas, e o sucesso dessas medidas depende, sobretudo, da coincidência entre a orientação médica e o comportamento do paciente.

Na Unidade de Saúde Vida e Esperança, observa-se a dificuldade na manutenção da pressão arterial dos hipertensos, de forma continuada, que pode estar relacionada, sobretudo, à falta de adesão destes pacientes ao tratamento.

Os hipertensos, de acordo com os dados do e-SUS, representam 16,4% da população adscrita na área de abrangência da ESF. Com base em dados gerados pela própria equipe, observou-se que a maioria desses pacientes, cerca de 10%, está sem acompanhamento regular e mantém níveis pressóricos alterados.

Muitos pacientes desconhecem as principais complicações da doença, a influência dos fatores de riscos (tabagismo, sedentarismo, a má alimentação e o uso excessivo de álcool) no seu controle, a importância da adesão ao tratamento, o cumprimento da dieta, o controle do peso e prática de exercício físico, bem como a importância do acompanhamento do paciente por parte da equipe.

É preciso ampliar o acesso da população aos recursos e aos serviços das Unidades Básicas de Saúde: a utilização dos serviços e dos recursos de Saúde nem sempre ocorrem de forma que quem mais precisa consiga acesso. Frequentemente, pessoas com menores riscos à saúde têm número de consultas considerado maior que o necessário para o adequado acompanhamento de suas condições crônicas de saúde, enquanto outras com maiores riscos e vulnerabilidade não conseguem acesso ao cuidado (BRASIL, 2014).

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A Estratégia de Saúde da Família configura-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações para o controle da hipertensão arterial. Por meio de uma equipe multidisciplinar é possível atuar na promoção e manutenção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, sobretudo relacionados à HAS, que é o nosso enfoque no momento. Vale ressaltar a importância de estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a comunidade.

Na contextualização do problema, verificou-se que o cadastro das famílias não descrevia os dados necessários para o acompanhamento adequado das pessoas. Muitos dos cadastros estão desatualizados e outros com informações incorretas.

O usuário não tem atendimento específico na unidade de saúde, não há grupos ou educação em saúde voltada para essa população, levando-o ao baixo nível de informação e, conseqüente uso inadequado da medicação e acompanhamento insuficiente, sem realização dos exames complementares.

O trabalho com grupos de educação em saúde em atenção primária é um poderoso instrumento para trabalhar a compreensão do processo saúde-doença, estimulando o autocuidado e a adesão ao tratamento e minimizando também o sofrimento e a incapacidade.

Outro ponto importante é a assistência farmacêutica. A falta das medicações de uso contínuos na farmácia do posto limita e dificulta a adesão ao tratamento. Estamos em um município muito carente, com população, em sua grande maioria, de baixo poder aquisitivo e que depende das medicações pressóricas gratuitas fornecidas pelo SUS para tratamento adequado.

Vale ressaltar que os hábitos e estilo de vida da população tem importante impacto na doença. A população de um modo geral é sedentária, a alimentação é rica em gorduras e carboidratos, que são alimentos mais baratos, consumo exagerado de bebidas alcoólicas e tabagismo. Implementar hábitos de vida saudáveis é fundamental ao controle adequado da PA.

Destaca-se também a alta rotatividade de profissionais na equipe, sobretudo de médicos, e equipe de saúde incompleta. Além disso, é necessário buscar maior qualidade da atenção à saúde, ou seja, maior capacidade dos serviços em responder de forma efetiva as necessidades de saúde, promovendo a capacitação

periódica da equipe. Refere-se, ainda, à abordagem integral do indivíduo, incluindo não apenas os sistemas fisiológicos, mas também os aspectos psicológicos, e contexto familiar e social.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Em reuniões subsequentes foram selecionados quais os principais fatores relacionados ao grande número de hipertensos com valores pressóricos alterados, possibilitando a elaboração de ações que possam melhorar a qualidade de vida dessa população. Assim, foram estabelecidos e caracterizados os chamados “nós críticos”. São eles:

- **Uso Incorreto Das Medicações:** possuímos um número significativo de pacientes analfabetos e semianalfabetos, o que dificulta a compreensão das posologias, sobretudo nos polimedicados. Tal fato exige da equipe uma ação conjunta com familiares e amigos para orientação constante sobre o uso correto das medicações.
- **Carência Assistencial A Saúde:** trata-se de uma população em sua maioria muito carente e que depende das medicações pressóricas gratuitas fornecidas pelo SUS; a dificuldade de acesso a consultas médicas regulares, o que limita a continuidade do tratamento; e a fragilidade na relação médico-paciente (alta rotatividade dos profissionais). É importante que haja vínculo suficiente entre médico e paciente, para que este se sinta engajado no seu tratamento.
- **Mudanças Dos Hábitos Alimentares E De Estilo De Vida:** estimular a prática de atividade física, a diminuição do consumo de bebidas alcoólicas e do uso de cigarros; o baixo poder econômico limita o acesso a uma alimentação mais saudável; a falta de conhecimento sobre quais alimentos devem ser evitados; e não existem ações /grupos direcionados a essa população.
- **Falta De Conhecimento Sobre A Doença:** os pacientes, em sua maioria, sabem muito pouco a respeito da própria doença e de suas complicações,

bem como a importância do acompanhamento e da continuidade do tratamento.

- Perda Dos Prazeres De Vida Diária: muitos pacientes veem a doença como algo limitante, com restrições altamente frustrantes, que levam a perda dos chamados prazeres da vida, tais como dietas alimentares, fumo e álcool.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Os quadros de 1 a 5 mostram as operações sobre os “nós críticos” relacionados ao Alto número de hipertensos com valores pressóricos alterados na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida e Esperança, do município Ibiracatu, estado de Minas Gerais.

Quadro 1 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” Uso incorreto de medicações pela população hipertensa- relacionado ao problema “Alto número de hipertensos com valores pressóricos alterados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida e Esperança, Ibiracatu, estado de Minas Gerais

| | |
|---|---|
| Nó crítico 1 | Uso incorreto das medicações |
| Operação | Identificar e minimizar as causas do uso incorreto das medicações |
| Projeto | Saúde do hipertenso |
| Resultados esperados | Identificar e acompanhar no mínimo 70% das pessoas com Hipertensão, melhorando a adesão dos mesmos ao tratamento e, conseqüentemente, obtendo controle dos valores pressóricos. |
| Produtos esperados | Acompanhamento periódico dos hipertensos; o uso correto das medicações pressóricas pelos pacientes; |
| Atores sociais/ responsabilidades | Equipe do PSF Vida e Esperança e população alvo |
| Recursos necessários | Agentes de Saúde – orientação domiciliar para o uso correto das medicações; Médico – reforçar durante as consultas a forma correta do uso das medicações; Equipe - criar formas/recursos para facilitar o uso (desenhos de sol e lua nas caixas, uso de caixa organizadora de remédio); Político - articulação entre os setores da saúde. |
| Recursos críticos | Político – oferecer recursos humanos adequados e suficientes, ou seja, manter a equipe da ESF sempre completa; Material para produzir os desenhos e as caixas organizadoras. |
| Controle dos recursos críticos / Viabilidade | Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura Motivação: Favorável |
| Ação estratégica de motivação | Apresentação do projeto para a coordenação municipal da atenção primária à saúde. Recursos humanos capacitados |
| Responsáveis (gerentes) pelo acompanhamento das operações | Médico e enfermeiro |
| Prazo | Três meses para o início das atividades e término indeterminado |
| Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações | Linha de cuidado para pacientes com dificuldade em realizar o tratamento de forma adequada. Capacitação dos ACS e de cuidadores sobre como orientar o uso correto das medicações. |

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” Carência assistencial à saúde - relacionado ao problema “Alto número de hipertensos com valores pressóricos alterados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida e Esperança, Ibiracatu, estado de Minas Gerais

| | |
|---|--|
| Nó crítico 2 | Carência assistencial à saúde |
| Operação | Melhorar a assistência à saúde; permitir o acesso às medicações de uso contínuo; diminuir a rotatividade de médicos na equipe. |
| Projeto | Saúde do hipertenso |
| Resultados esperados | Facilitar o acesso dos pacientes a consultas multiprofissionais; oferecer consultas médicas regulares; fortalecer a relação médico-paciente; manter o estoque farmacêutico do município (medicamentos fornecidos pelo SUS). |
| Produtos esperados | Adequada Assistência à Saúde do Hipertenso (consultas, exames); Fixar o profissional médico na ESF; disponibilidade das medicações na farmácia pelo SUS. |
| Atores sociais/ responsabilidades | Prefeitura/Secretaria de Saúde; Equipe do PSF Vida e Esperança; Estrutura Farmacêutica. |
| Recursos necessários | Agentes de Saúde – visitas regulares, agendamento das consultas de cuidado continuado; Médico – empatia, fortalecer relação médico-paciente; Político/ Financeiro - articulação entre os setores assistenciais da saúde, Consultas multiprofissionais (incluindo especialistas). |
| Recursos críticos | Político – cota de exames, consultas especializadas, medicações de uso contínuo, melhores salários aos profissionais da saúde. |
| Controle dos recursos críticos / Viabilidade | Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura Motivação: Indiferente |
| Ação estratégica de motivação | Apresentação do projeto para a coordenação municipal da atenção primária à saúde. Recursos humanos capacitados |
| Responsáveis (gerentes) pelo acompanhamento das operações | Médico e enfermeiro |
| Prazo | Não definido |
| Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações | Acompanhamento de processo de compra e disponibilização de exames e consultas especializadas; Projeção de demanda e estimativa de custos necessita ser realizada; Atualização de Estoques da farmácia. |

Quadro 3 -Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” Mudança de hábitos alimentares e de estilo de vida- relacionado ao problema “Alto número de hipertensos com valores pressóricos alterados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida e Esperança, Ibiracatu, estado de Minas Gerais

| | |
|---|---|
| Nó crítico 3 | Mudanças dos hábitos alimentares e de estilo de vida |
| Operação | Estimular hábitos de vida saudáveis |
| Projeto | Saúde do hipertenso |
| Resultados esperados | Estimular a prática de atividade física; diminuição do consumo de bebidas alcoólicas e do uso de cigarros; Alimentação Saudável. |
| Produtos esperados | Reativação da “Academia da saúde” oferecida pelo município; Programa de caminhada orientada. Acompanhamento nutricional; Grupos de educação em saúde para tabagistas e etilistas. |
| Atores sociais/ responsabilidades | Prefeitura/Secretaria de Saúde; Equipe do PSF Vida e Esperança; Nutricionistas. |
| Recursos necessários | Estrutura física adequada; profissionais qualificados; Equipe da ESF; |
| Recursos críticos | Política pública - articulação entre os setores assistenciais da saúde. |
| Controle dos recursos críticos / Viabilidade | Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura Motivação: Favorável |
| Ação estratégica de motivação | Apresentação do projeto para a coordenação municipal da atenção primária à saúde; Espaço físico adequado; Recursos humanos capacitados. |
| Responsáveis (gerentes) pelo acompanhamento das operações | Equipe de Saúde |
| Prazo | Três meses para o início das atividades |
| Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações | Programa de caminhada orientada; Reativação da academia da saúde; Grupos de educação em saúde. |

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” Falta de conhecimento dos pacientes sobre a doença - relacionado ao problema “Alto número de hipertensos com valores pressóricos alterados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida e Esperança, Ibiracatu, estado de Minas Gerais

| | |
|---|---|
| Nó crítico 4 | Falta de conhecimento sobre a doença |
| Operação | Conscientizar os pacientes sobre a etiologia, tratamento, controle e possíveis complicações da HAS. |
| Projeto | Saúde do hipertenso |
| Resultados esperados | Fazer o paciente conhecer melhor a patologia; entender a importância do tratamento correto; conhecer os riscos de complicações, utilizando recursos interativos, dinâmicos, multimídia para chamar a atenção destes usuários, escutar o que eles sabem a respeito da doença e fornecer todas as informações importantes para melhorar a adesão ao tratamento. |
| Produtos esperados | Organizar grupos de educação em saúde voltada para os hipertensos; Avaliação de nível de informação da população; Capacitação dos agentes comunitários de saúde. |
| Atores sociais/ responsabilidades | Prefeitura/Secretaria de Saúde; Equipe do PSF Vida e Esperança; População Alvo. |
| Recursos necessários | Político/Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, esfigmomanômetros para técnicos de enfermagem. Organizacional-Organizar agenda com datas pré-determinadas para os encontros. |
| Recursos críticos | Político/Financeiro- para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos; Recursos para capacitação da equipe. |
| Controle dos recursos críticos / Viabilidade | Secretário Municipal de Saúde Motivação: Indiferente |
| Ação estratégica de motivação | Apresentação do projeto para a coordenação municipal da atenção primária à saúde; Espaço físico adequado; Recursos humanos capacitados. |
| Responsáveis (gerentes) pelo acompanhamento das operações | Médico e enfermeiro |
| Prazo | Previsto para iniciar em 3 meses |
| Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações | Nível de informação da população: Famílias-alvo do projeto deverão ser identificadas. Capacitação dos ACS e de cuidadores sobre a doença. |

Quadro 5 -Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 5” Perda de prazeres da vida diária -relacionado ao problema “Alto número de hipertensos com valores pressóricos alterados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida e Esperança, Ibiracatu, estado de Minas Gerais

| | |
|---|--|
| Nó crítico 5 | Perda dos prazeres de vida diária |
| Operação | Mostrar a população de hipertenso que a doença não representa o fim dos prazeres da vida; aumentar a autoestima do paciente. |
| Projeto | Saúde do hipertenso |
| Resultados esperados | Diminuição do número de pessoas com depressão; Estimular o autocuidado e a autoestima; |
| Produtos esperados | Interação público alvo e profissionais de saúde; Melhora da autoestima, superação e independência. |
| Atores sociais/ responsabilidades | Prefeitura/Secretaria de Saúde; Equipe do PSF Vida e Esperança; População Alvo. |
| Recursos necessários | Informação sobre o tema por meio de folhetos, recursos áudio visuais; Mobilização social e parcerias. |
| Recursos críticos | Político -articulação entre os setores assistenciais; Financeiro- para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos. |
| Controle dos recursos críticos / Viabilidade | Secretaria municipal de saúde; Equipe de Saúde e Social (Psicólogo/ assistência social) Motivação: Favorável |
| Ação estratégica de motivação | Apresentação do projeto para a coordenação municipal da atenção primária à saúde. Recursos humanos capacitados |
| Responsáveis (gerentes) pelo acompanhamento das operações | Equipe de saúde e Serviço Social |
| Prazo | Indeterminado |
| Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações | Número de pacientes hipertensos depressivos; Acompanhamento psicológico. |

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial sistêmica é hoje um importante problema de saúde pública. Trata-se de uma doença crônica de difícil controle, devido à baixa adesão ao tratamento tanto medicamentoso como não medicamentoso pelos pacientes. A realidade na comunidade de Ibiracatu - MG não é diferente e, por isso, a importância desse estudo na busca por estratégias para modificar essa realidade.

Nota-se que há uma recorrência de problemas entre as pessoas com problemas crônicos e também em seus familiares. Na maioria dos casos, tais problemas se estendem ao longo do tempo sem tratamento. Por esse motivo, torna-se ainda mais importante o acesso à informação sobre as reais condições desses pacientes, bem como um trabalho específico e direcionado para que eles sejam motivados a lidar com suas condições de saúde e tratar de forma adequada, capacitando-os a cumprirem com o seu plano de tratamento.

É imprescindível que esses pacientes compreendam de forma clara suas enfermidades, reconheçam os sinais de alerta das possíveis complicações, para que saibam como e onde procurar ajuda para atendimento e possível resolução. Como consequência disso, tem-se resultados alcançados com menos sintomas, menos complicações e menos incapacidades.

Destaca-se como fundamental para a resolutividade na adesão ao tratamento da HAS, tanto para as pessoas com HAS, como para os profissionais de saúde, a presença de uma equipe multidisciplinar, uma vez que diferentes fatores estão comprometidos, que referem-se tanto à pessoa acometida, quanto aos serviços de saúde, à doença, ao tipo de tratamento a ser aplicado, que demandam um olhar diferenciado e cuidadoso de cada profissional envolvido no processo.

Nesse sentido, as equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) precisam trabalhar visando incentivar a relação entre equipe-paciente, num ambiente colaborativo em que se estimule o autocuidado, cuidado mútuo e o diálogo. Essa relação será determinante na escolha de problemas prioritários, fixação de metas e objetivos a serem alcançados com um público específico que necessitem de um plano conjunto de cuidado.

Diante do exposto, é possível afirmar que uma adesão correta ao tratamento da HAS possibilita ao hipertenso aumentar sua perspectiva de vida, tornando o acompanhamento mais eficaz e com mais qualidade pelos serviços de saúde.

8 REFERÊNCIAS

AIOLFI, Claucia Raquel; ALVARENGA, Márcia Regina Martins; MOURA, Cibele de Sales and RENOVATO, Rogério Dias. Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** [online]. 2015, vol.18, n.2 [cited 2021-03-05], pp.397-404. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000200397&Ing=en&nrm=iso. ISSN 1981-2256. Acesso em 04/03/2021

BARRETO, Mayckel da Silva et al. Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 60-67, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100060&Ing=en&nrm=iso. Acesso em 04/03/2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gest_ao.pdf. Acesso em 21/12/2020

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Censo 2017**. Disponível em <https://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2017>. Acesso em: 10/01/21

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 27/12/2020

DANIEL, Ana Carolina Queiroz Godoy; VEIGA, Eugenia Velludo. **Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos**. *Einstein*, São Paulo, v.11, n.3, p.331-337. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082013000300012&Ing=en&nrm=iso. Acesso em 04/03/2021.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A.; **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva; 2ª Ed., 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIA_CAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf. Acesso em: 6 out. 2020.

FAVA, Silvana Maria Coelho Leite; Teraoka, Eliana Cavalari; Oliveira, Amanda dos Santos; Calixto, Amanda Aparecida Teixeira Ferreira; Eid, Letícia Palota; Veiga, Eugênia Velludo. Fatores relacionados à adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Rev. RENE**; 15(2): 351-361, mar.-abr. 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/renerevista/index.php/revista/article/view/1495/pdf>. Acesso em 04/03/2021.

GEWEHR, D. M.; *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v.42, n.116, p.179-190, Jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0179.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2020.

GIROTTI E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência e saúde coletiva**. V.18, n.6, p.1763-1772, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/27.pdf>. Acesso em 02/12/2020

IBIRACATU, MG – Prefeitura Municipal de Ibiracatu/ Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2016-2020**, Ibiracatu, 2016.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol**. V.107, n.3, 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em 16/01/2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

Prefeitura Municipal de Ibiracatu. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/Mg/Ibiracatu/historico>. Acesso em 05/03/2021

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2010, vol.95, n.1, suppl.1[cited 2021-03-05], pp. I-III. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04/03/2021.

SOUZA, Alcione Oliveira de; YAMAGUCHI, Mirian Ueda. Adesão e não adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo. **Saúde e Pesquisa**, v. 8, Edição Especial, p. 113-122, 2015 – ISSN 2176-9206. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/download/3769/2518/###~:text=A%20ades%C3%A3o%20terap%C3%AAutica%20anti%2Dhipertensiva,paciente%20para%20o%20sucesso%20da> Acesso em: 07/03/2021.

TAVARES, A. *et al.* VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão.Sociedade Brasileira De Cardiologia. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. v.95, n.1, p. 1-51, 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf Acesso em: 07/12/2020.