

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

Ana Paula de Lima Bento

**DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE
PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA
UNIDADE DE SAÚDE DE ALVORADA, PATOS DE MINAS-MG**

Patos de Minas

2020

Ana Paula de Lima Bento

**DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE
PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA UNIDADE
DE SAÚDE DE ALVORADA, PATOS DE MINAS-MG**

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

Orientadora: Profa. Ms. Anadias Trajano

Camargos

Patos de Minas/MG

2020

Ana Paula de Lima Bento

**DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE
PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA UNIDADE
DE SAÚDE DE ALVORADA, PATOS DE MINAS-MG**

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. Ms. Anadias Trajano Camargos

Banca examinadora:

Professora. Ms. Anadias Trajano Camargos – E. E UFMG.

Professora. Dra. Helisamara Mota Guedes– UFVJM

Aprovado em Belo Horizonte, em 27 de novembro de 2020.

Dedico esse trabalho de conclusão de curso à minha família, em especial aos meus filhos, que me dão forças todos os dias para continuar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus por me permitir esta oportunidade, e também à minha família, especialmente meu marido, Igor Meneses Martins, que compartilha comigo da mesma profissão e dos mesmos sonhos, e agradecer aos nossos filhos, Bento Lima Martins e Maria de Lima Martins, por nos inspirar a cada dia. Um agradecimento sincero à paciência e ajuda da minha orientadora Professora Anadias Trajano Camargos.

“A cura está ligada ao tempo e às
vezes também às circunstâncias.”
(Hipócrates)

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença que vem aumentando em incidência e prevalência e constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares. Além disso, é considerada um problema de saúde pública de grande relevância em âmbito mundial. A prevenção e o controle da doença trazem implicações importantes e a utilização de novas estratégias e abordagens que identifiquem com mais precisão os indivíduos em situação de risco são mandatórias. Quanto ao tratamento, é necessário que sejam criadas estratégias que sensibilizem os portadores de HAS, para que possam compreender os riscos e consequências, afim de evitá-los. Nesse ponto, a educação em saúde, assim como o trabalho da atenção primária são fundamentais. Delineou-se como objetivos do estudo: elaborar um plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso de hipertensos da área de abrangência da ESF 02, Bairro Alvorada, cidade de Patos de Minas- MG. Trata-se de um plano de intervenção que vai trabalhar a orientação para a resolução de um problema real observado no território de atuação, seja no âmbito clínico ou organizacional, buscando a melhoria das condições de saúde da população. Para a elaboração do plano foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema "Hipertensão". Utilizou-se as bases de dados eletrônicas de bibliotecas virtuais, Medline; Pubmed; Academic Seach; Scielo; Bireme e Portal Capes, por meio dos seguintes descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica, tratamento, educação em saúde; risco cardiovascular. A partir dos nós críticos identificados foram elaborados três projetos, sendo eles: Aumento da adesão ao tratamento não medicamentoso, Medicamento certo no horário certo e Grupos Operativos. Concluindo, espera-se obter resultados importantes, tanto para o paciente como para os profissionais de saúde, que necessitam melhorar o conhecimento para atender o paciente com mais eficiência. Além disso, pretende-se estabelecer ações educativas com os profissionais e população para que o controle, a compreensão da doença e os riscos possam ser esclarecidos e minimizados.

Palavras-chaves: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Educação em saúde.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is a disease that has been increasing in incidence and prevalence and is an important risk factor for cardiac and cerebrovascular complications. In addition, it is considered a public health problem of great relevance worldwide. Prevention and control of the disease have important implications and the use of new strategies and approaches that more accurately identify individuals at risk are mandatory. As for treatment, it is necessary to create strategies that raise the awareness of patients with SAH, so that they can understand the risks and consequences, in order to avoid them. At this point, health education, as well as primary care work, is fundamental. The objectives of the study were outlined: to elaborate an intervention plan to improve adherence to medication and non-medication treatment of hypertensive patients in the area covered by ESF 02, Bairro Alvorada, city of Patos de Minas-MG. It is an intervention plan that will work to guide the resolution of a real problem observed in the territory of operation, whether in the clinical or organizational scope, seeking to improve the health conditions of the population. To prepare the plan, a literature review was carried out on the topic "Hypertension' '. The electronic databases of virtual libraries, Medline, were used; Pubmed; Academic Search; Scielo; Bireme and Portal Capes, using the following descriptors: Systemic Arterial Hypertension, treatment, health education; cardiovascular risk. From the critical nodes identified, three projects were elaborated, namely: Increased adherence to non-drug treatment, Right medication at the right time and Operating Groups. In conclusion, it is expected to obtain important results, both for the patient and for health professionals, who need to improve knowledge to serve the patient more efficiently. In addition, it is intended to establish educational actions with professionals and the population so that control, understanding of the disease and risks can be clarified and minimized.

Keywords: Family health strategy. Primary health care. Hypertension. Diabetes mellitus. Health education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde 02, Patos de Minas, estado de Minas Gerais.	20
Quadro 2 – Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica	26
Quadro 3 – Condições clínicas associadas à HAS	30
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Grande quantidade de pacientes com HAS, principalmente idosos, com cuidados precários e dificuldade na gestão e controle dessa doença” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02, do município Patos de Minas, estado de Minas Gerais	35
Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Grande quantidade de pacientes com HAS, principalmente idosos, com cuidados precários e dificuldade na gestão e controle dessa doença” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02, do município Patos de Minas, estado de Minas Gerais	36
Quadro 6 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Grande quantidade de pacientes com HAS, principalmente idosos, com cuidados precários e dificuldade na gestão e controle dessa doença” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02, do município Patos de Minas, estado de Minas Gerais	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AVEh	Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico
AVEi	Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município	12
1.2 O sistema municipal de saúde	12
1.3 Aspectos da comunidade	15
1.4 A Unidade Básica de Saúde Alvorada	16
1.5 A Equipe de Saúde da Família 02 da Unidade Básica de Saúde Alvorada	17
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe 02	17
1.7 O dia a dia da equipe 02	18
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	18
1.9 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	25
5.1 Considerações sobre Atenção Primária à Saúde	25
5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica	26
5.3 Riscos da Hipertensão Arterial Sistêmica	29
5.4 Educação em Saúde	30
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	33
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	33
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	34
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	34
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Patos de Minas é uma cidade com aproximadamente 150.833 pessoas (IBGE, 2017), localizada na região noroeste do estado e distante 403 km da capital. A cidade teve um crescimento importante nas últimas décadas, devido ao aumento da oferta em saúde e educação, com abertura inclusive de uma faculdade de medicina, fazendo com que houvesse migração de pessoas de cidades vizinhas para este polo, tornando-se a primeira cidade em número de habitantes e desenvolvimento em toda a sua microrregião (entre o Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba).

A base da economia é agrícola, com extensas plantações de importação e exportação de milho que apelida o município “cidade do milho”, soja e café, porém, nas décadas de 80 e 90 o setor terciário registrou um crescimento de mais de 130% e, ainda hoje, figura-se como o setor de maior participação no Produto Interno Bruto (PIB), o que resulta em alto efeito multiplicador sobre os outros setores.

A cidade preserva suas atividades e tradições culturais, comemorando seu aniversário em 24 de maio, com a chamada Festa Nacional do Milho, com a eleição de uma rainha anual (PREFEITURA DE PATOS DE MINAS, 2015).

Além disso, há uma grande quantidade de festas religiosas, uma vez que a população em sua maioria é católica. Na área de saúde, a cidade é o polo da micro e mesorregião, oferecendo consultas e serviços de média e alta complexidade, atendimentos de urgência e emergência, além de cuidados hospitalares, apesar da estrutura não suportar tamanha demanda, havendo somente uma Unidade de Pronto Atendimento e no momento apenas dois hospitais que oferecem serviços públicos, um deles o Hospital Regional, e o outro com sérios problemas administrativos e financeiros.

1.2 O sistema municipal de Saúde

A cidade de Patos de Minas adotou o Programa Saúde da Família em 2001, iniciando com o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, e evoluindo posteriormente para o modelo atual. Hoje há um total de trinta e nove equipes, sendo

três delas na zona rural, com aproximadamente 89.2% da população coberta pela Estratégia Saúde da Família e 95.3%, pela Atenção Básica (SISAB, 2019).

A Portaria nº 2.436 do Ministério da Saúde, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e a conceitua como:

Um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde; a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2017, p. s/n).

A atenção básica é a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde, tendo a responsabilidade de coordenar o caminhar dos usuários pelos outros pontos de atenção da rede, quando suas necessidades de saúde não puderem ser atendidas somente por ações e serviços da atenção primária, e, acima de tudo, manter o vínculo com seus usuários, dando continuidade à atenção (ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação), mesmo que estejam sendo cuidados também em outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2012).

A Atenção Primária à Saúde é a base do sistema municipal de saúde, atuando como porta de entrada, contato primário com o indivíduo. A mesma deve ter alto poder de resolubilidade e deve ser a coordenadora do cuidado dos usuários, integrando aos demais pontos de atenção à saúde. Como ponto de atenção secundária, o sistema dispõe do Centro Clínico de Especialidades, que é uma parceria da prefeitura com o Centro Universitário de Patos de Minas, além dos centros de atenção, como Hiperdia e Viva vida, e os chamados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de apoio e atendimento em saúde mental. A Unidade de Pronto Atendimento é o centro de apoio às urgências, e os pontos de saúde terciários são dois hospitais, Hospital Regional Antônio Dias e Hospital São Lucas.

O município dispõe ainda de sistemas de apoio em diagnóstico por imagem, endoscopia e patologia clínica. As áreas de medicina nuclear, eletrofisiologia e hemodinâmica só são ofertadas em outros municípios conveniados, mediante regulação e disponibilidade no sistema. O sistema de assistência farmacêutica é totalmente disponível, desde a aquisição, separação, armazenamento e distribuição de medicamentos, até as ações assistenciais, farmácia clínica e farmacovigilância.

Quanto aos sistemas logísticos, o usuário é identificado por meio do cartão SUS e o prontuário clínico foi informatizado nos últimos meses. É utilizado um sistema regulador para se ter acesso aos níveis de atenção. O sistema de transporte em saúde é atrelado à regulação do paciente.

No sistema integrado, a relação entre as redes de atenção em saúde deixa de ser hierarquizada para se tornar horizontal. Os níveis de complexidade assumem seu significado real, que é baseado na densidade tecnológica necessária ao atendimento. A atenção primária torna-se eixo fundamental e porta de entrada no sistema, e a comunicação entre os níveis de atenção deve ser estimulada e corretamente feita. São definidas, portanto, como redes poliárquicas de atenção à saúde (MENDES, 2011).

No município essa forma de organização é a adotada. A população é atendida na atenção primária, cada unidade básica com sua população adstrita e território de responsabilização. Conforme necessidade o paciente é referenciado à atenção secundária, aos sistemas de apoio diagnóstico ou à atenção terciária, com utilização de fichas de referência e contrarreferência ou até mesmo por meio de contato direto.

O sistema de referência e contrarreferência é a maneira utilizada para se comunicar com os diversos níveis de atenção ao se encaminhar um paciente, por meio de formulários padronizados. Referenciamos um paciente para avaliação no setor secundário quando sua demanda em saúde não é passível de resolução na atenção primária ou quando este necessita de um atendimento de urgência. A ficha de contrarreferência é um instrumento para ajudar na continuidade do cuidado do indivíduo na unidade de saúde, onde se deve colocar um plano terapêutico ou as orientações necessárias.

Destaca-se a subutilização de tais fichas pelos profissionais dos níveis secundários e terciários, estes últimos utilizam os sumários de alta hospitalar, também pouco precisos. Os serviços em atenção secundária e terciária que não estão disponíveis no município, como por exemplo alguns exames de imagem e o serviço de hemodinâmica, são referenciados para municípios conveniados, via sistema de regulação, a partir de formulários específicos, como o formulário de tratamento fora do domicílio e fichas de internação hospitalar ou autorização de procedimentos ambulatoriais.

1.3 Aspectos da comunidade Alvorada

A comunidade Alvorada possui aproximadamente 3598 habitantes, sendo este um número aproximado, pois as unidades de Patos de Minas como um todo sofreram recente redivisão, fazendo com que as contabilizações ainda não tenham sido atualizadas. Localiza-se na região periférica da cidade, a partir de loteamentos de áreas rurais, que têm sido ocupados desde a década de 1970. A população empregada hoje vive basicamente do comércio, visto que houve o crescimento de uma importante avenida comercial, além da abertura de uma das filiais de uma rede local de supermercados.

O número de desempregados e subempregados é razoável. Ainda há uma franca agricultura de subsistência nas populações mais aderidas à parte rural da comunidade. É uma população com cerca de 16% de idosos, porém são estes os que mais utilizam os serviços da unidade de saúde. Gestantes e crianças tomam as menores proporções em escala.

A estrutura de saneamento básico é boa, assim como o sistema de coleta de lixo, sendo ambos via serviço municipal. Temos poucos casos de problemas com famílias acumuladoras de lixo, ou que ainda utilizam o sistema de fossa. As moradias em geral apresentam-se em boas condições. O nível de analfabetismo é baixo, prevalente basicamente em idosos que ocupam este local há muito tempo. É irrelevante o índice de analfabetismo na infância e adolescência, e temos pouquíssimos casos de crianças menores de 14 anos fora do ambiente escolar.

Existe uma associação comunitária, pouco atuante em termos gerais, mas que sempre participa das conferências municipais de saúde. Existem algumas iniciativas de trabalho voluntário a partir de igrejas e Organizações não Governamentais (ONG's). Na rua onde é localizada a unidade de saúde, há um abrigo para pessoas que necessitam se hospedar para tratamentos de saúde diversos, mantido por uma igreja evangélica.

A comunidade conta também, com uma instituição intitulada Casa da Sopa, que distribui alimento para pessoas necessitadas e por vezes cede seu espaço para atividades dos grupos operativos da unidade, como o "grupo de coluna" e consultas beneficentes como o trabalho de um dermatologista local.

Há 3 igrejas na área. Como opções de lazer tem bares e uma praça com equipamentos para atividade física, bem utilizada pela comunidade. Nesse território existe somente uma Equipe de Saúde da Família atuante, o ESF 02- Alvorada.

Quanto aos aspectos demográficos, na área adstrita, pacientes do sexo feminino somam 1.828, sendo superior ao sexo masculino 1.770. Uma diferença de cerca de 58 mulheres a mais, principalmente no que corresponde à faixa etária 20-29 anos.

Às comorbidades existentes, as doenças relacionadas ao sofrimento mental aparecem em destaque, totalizando 564 pacientes, mostrando que as mesmas merecem estudo e intervenções apropriadas. Em ordem de frequência seguem a Hipertensão Arterial Sistêmica, com 434 pacientes e a Diabetes Mellitus, com 112 pacientes.

1.4 A Unidade Básica de Saúde – Unidade de Saúde da Família Alvorada.

A unidade básica de saúde Alvorada, José Wilson Ferreira Pires abriga somente a equipe 02. Foi uma das primeiras unidades de saúde inauguradas na cidade. O imóvel é próprio, construído para ser unidade de saúde, entretanto, atualmente as condições estruturais estão precárias.

A sala reservada para a recepção é pequena, causando tumulto nas primeiras horas da manhã, a sala de reuniões é igualmente pequena e inadequada, fazendo com que grupos operacionais sejam ao máximo fragmentados por questão de conforto. Não há uma sala de vacinação e há falta de insumos e materiais estéreis com frequência. Quanto ao processo de trabalho, falta um local apropriado para que o acolhimento seja feito de maneira qualificada e passe a não ser função específica do médico e/ou enfermeiro.

Outro grande problema da equipe, assim como em grande parte do país, é a questão da remuneração profissional, que faz com que haja muita rotatividade, quebrando vínculos entre eles e os pacientes.

A ESF 02, ocupa cerca de metade da agenda com atendimento à demanda espontânea, sendo esse o perfil da população da área de abrangência. É realizado um acolhimento diariamente, quase sempre pela enfermeira ou médico na parte da manhã, e as vagas são preenchidas conforme necessidade. O atendimento

continuado é feito com serviços de atenção ao paciente portador de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, pré-natal e puericultura, em dias previamente organizados, e de acordo com as necessidades da população. Porém, a agenda não é fixa, podendo se adaptar ao usuário.

Os grupos operacionais de hipertensos por exemplo, não estão sendo realizados desde o início do ano, devido à redistribuição de áreas. O NASF, Núcleo de Atenção à Saúde da Família, realiza alguns grupos, bem frequentados pelos usuários, como o grupo de coluna, auriculoterapia e constelação familiar. Esses grupos têm o apoio e envolvimento de toda a equipe.

1.5. A Equipe de Saúde da Família 02

A ESF Alvorada é uma unidade de saúde da família composta por uma total de 12 profissionais, sendo:

- 1 médica,
- 1 enfermeira,
- 2 auxiliares de enfermagem,
- 1 auxiliar de serviços gerais,
- 2 funcionárias de função administrativa;
- 5 agentes comunitárias de saúde.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe 02.

A unidade de saúde funciona de 7h às 17 h, sendo necessário o apoio das agentes comunitárias de saúde (ACS), que se revezam conforme escala para realizar atividades como recepção de pessoas e arquivamento de prontuários, além da realização de visitas domiciliares periódicas e cadastro populacional.

As duas auxiliares de enfermagem geralmente não revezam a permanência na recepção, pois trabalham em turnos diferentes e possuem algumas funções mais específicas, que demandam assistência todo o tempo, como triagem e sala de curativos. Isso é motivo de muitas discussões entre a equipe e desta com a coordenação da atenção básica, onde os ACS alegam “acúmulo de atividades”.

1.7 O dia a dia da equipe 02

O acolhimento é feito por todos os profissionais da unidade de certa forma, mas costuma ser uma função da enfermeira, que avalia os casos e, conforme necessidade, encaminha à consulta médica e/ou demais serviços disponíveis, conforme agenda. Ela também tem a função de coordenação e supervisão das agentes comunitárias de saúde, auxiliares de enfermagem, auxiliar de limpeza e administrativo, além de realizar atendimentos específicos, revezando com a médica, como puericultura, pré-natal, coleta de material para exame de prevenção de colo de útero.

O médico tem a função das consultas do ofício, participa e guia grupos operacionais, visitas domiciliares, avaliação de curativos, também auxilia no acolhimento.

As Agentes Comunitárias de Saúde, conforme citado anteriormente, se sentem sobrecarregadas devido às inúmeras atividades que realizam além das visitas domiciliares de rotina, como escalas na recepção e arquivamento de prontuários, além do cadastramento dos usuários.

No momento dispõe-se de uma auxiliar de serviços gerais, que não está presente todos os dias. Se encarrega das funções relacionadas à limpeza e conservação de patrimônio.

As duas funcionárias da administração trabalham em turnos diferentes e se encarregam da autorização e marcação de exames, assim como providenciam o fluxo correto das referências e contrarreferências.

As auxiliares de enfermagem também trabalham em turnos diferentes, tendo como funções a triagem dos pacientes, realização de curativos e medicações, assim como organização de manutenção de almoxarifado.

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

A estimativa rápida é um método utilizado para a elaboração de um diagnóstico de saúde de um determinado território. Constitui-se de um método capaz de avaliar os aspectos qualitativos e quantitativos dos problemas de saúde, com a

vantagem de ter um custo muito baixo, além de facilitar a participação da comunidade e o trabalho intersetorial (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2009).

Este método constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação de suas necessidades e problemas e também os atores sociais que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2009, p.35).

Tendo esses conceitos como norteadores e após análise da situação de saúde no território e comunidade, foram levantados vários problemas, relacionados tanto com a própria unidade e seu sistema de funcionamento, quanto ao sistema de saúde local e comunidade.

Como na maioria das comunidades, há grande quantidade de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, principalmente Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Há uma grande dificuldade em gerir as doenças acima, uma vez que elas aumentam em proporção com a idade e temos um percentual relevante de idosos na comunidade. Essas pessoas muitas vezes moram sozinhas, e sem suporte familiar adequado, acabam tendo dificuldades em administrar as medicações ou seguir as orientações em saúde da forma correta.

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

Após discussão da lista dos problemas levantados em equipe, chegou-se à conclusão de que muitos problemas têm encontrado um certo caminho para solução, como por exemplo, implantação recente de um sistema de prontuário eletrônico, onde é possível acessar o atendimento e conduta do médico em relação aos pacientes nos demais níveis de atenção em saúde, melhorando a continuidade do tratamento do mesmo na UBS. A dificuldade na gestão dos pacientes com doenças crônicas, principalmente HAS e DM, é, com certeza, um problema prioritário. A questão do acolhimento em saúde é um ponto também a ser discutido em reuniões periódicas de equipe, para que se encontre uma forma de capacitar a mesma e encontrar soluções.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde 02, Unidade Básica de Saúde Alvorada, município de Patos de Minas, estado de Minas Gerais

<i>Problemas</i>	<i>Importância</i> *	<i>Urgência</i> **	<i>Capacidade de enfrentamento</i> ***	<i>Seleção/priorização</i> ****
Grande quantidade de pacientes com HAS* e DM**, idosos, com cuidados precários/dificuldade na gestão e controle dessas doenças.	Alta	30	parcial	1
Acolhimento em saúde como função exclusiva de poucos membros da equipe.	Alta	20	dentro	2
Falta de comunicação efetiva dos demais níveis de atenção com o primário, dificultando uma continuidade de tratamento adequada.***	Alta	20	fora	3

Fonte: Ana Paula de Lima Bento (2019)

Legenda:

- * HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica;
- ** DM- Diabetes Mellitus;
- *** Problema em franca solução, conforme explicitado acima
- **** ordenar considerando os três itens.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica, constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares, sendo considerada um problema de saúde pública de grande relevância em âmbito mundial. As doenças cardiovasculares são, atualmente, a maior causa de mortes no mundo. A Organização Mundial de Saúde, estima que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão dessas doenças (WHO, 2011).

A prevenção e o controle da hipertensão arterial sistêmica trazem implicações importantes e a utilização de novas estratégias e abordagens que identifiquem com mais precisão os indivíduos em situação de risco, oferecem benefícios inquestionáveis (EGAN, 2013).

Em virtude de se tratar de uma doença crônica, o controle da mesma requer acompanhamento e tratamento por toda a vida, envolvendo medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Como citado acima no presente texto, trata-se de um problema de saúde pública e é função da atenção primária o monitoramento e a continuidade do cuidado aos pacientes que estão sob sua responsabilidade. E por ser uma doença de grande prevalência, é necessário por parte da equipe uma atenção especial no controle, principalmente no que se refere à população idosa, mais acometida por tais enfermidades, e também mais dependente no que tange aos cuidados.

No cotidiano do profissional de saúde que trabalha com atenção básica, essa condição tem uma grande importância e recorrência e na agenda geralmente é colocado um espaço para grupos operacionais separados para que seja feito um tratamento completo e abrangente, tanto medicamentoso quanto não medicamentoso.

A proposta de intervenção surgiu da necessidade de melhorar os conhecimentos sobre o tema HAS, e posteriormente trabalhar a participação do paciente no tratamento como um todo.

Assim, a autora considera a relevância do problema a partir da experiência do serviço na atenção primária à saúde, assim como partilha a dificuldade cotidiana de manter os pacientes conscientes acerca do tratamento correto, mostrando que a equipe muitas vezes deve se unir para encontrar as melhores alternativas para orientação e controle dos mesmos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso de hipertensos da área de abrangência da ESF 02, Bairro Alvorada, cidade de Patos de Minas- MG.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os pontos críticos encontrados ao gerir tal doença na ESF e procurar estratégias para minimiza-los ou mesmo solucioná-los;
- Desenvolver ações educativas para melhorias no atendimento, controle e prevenção, envolvendo uma equipe multidisciplinar;
- Definir a forma de atuação da equipe visando a participação do paciente hipertenso para efetivar a adesão ao tratamento farmacológico e não- farmacológico.

4 METODOLOGIA

O Plano de Intervenção é uma proposta de ação feita sob orientação para a resolução de um problema real observado no território de atuação, seja no âmbito clínico ou organizacional, buscando a melhoria das condições de saúde da população.

Para a elaboração do plano de intervenção recorreu-se ao diagnóstico situacional, utilizando a metodologia do planejamento estratégico para estimativa rápida dos problemas detectados, definindo a priorização e os nós críticos.

Além disso, foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema “Hipertensão”. Utilizou-se as bases de dados eletrônicas de bibliotecas virtuais como: Medline; Pubmed; Academic Search; Scielo; Bireme e Portal Capes, por meio dos seguintes descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica, tratamento, educação em saúde, risco cardiovascular.

A elaboração do plano de intervenção será direcionada pelos pressupostos do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme estudado no módulo de Planejamento e avaliação das ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018). Após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área adstrita à equipe Alvorada, serão propostas operações de enfrentamento do problema prioritário.

O PES explicita os passos que devem compor a metodologia e o desenvolvimento do plano de intervenção, tornando assim a metodologia mais efetiva e possível de ser viabilizada, a seguir (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

1º passo: Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade. Consiste na identificação dos problemas a partir dos dados levantados através do diagnóstico situacional;

2º passo: Priorização dos problemas: Coloca-se os problemas em ordem de prioridade, afim de se identificar o problema mais relevante, para que se elabore efetivamente um plano de intervenção;

3º passo: Descrição do problema selecionado: A partir do que é selecionado como mais importante, descreve-se a situação do problema e seu impacto naquela comunidade;

4º passo: Explicação do problema selecionado: Explica-se a importância e impacto do problema, assim como as vantagens de sua resolução ou controle;

5º passo: Seleção dos nós críticos, que são as situações críticas geradoras dos problemas;

6º passo: Desenho das operações sobre nó crítico (operações, projetos, resultados e produtos esperados): Estratégia visando resolução de cada um dos nós críticos encontrados;

7º passo: Identificação dos recursos necessários e críticos: Identifica-se os recursos, humanos e materiais que serão necessários no plano de intervenção;

8º passo: Análise de viabilidade do plano;

9º passo: Elaboração do plano Operativo;

10º passo: Gestão do plano: Fases de execução, controle e avaliação.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Considerações sobre Atenção Primária à Saúde

A atenção primária à saúde (APS) ou atenção básica à saúde (ABS) é a atenção essencial à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação (MENDES, 2004).

Este é o ponto central do sistema de saúde vigente, uma vez que traz um contato intimista com o indivíduo, apresentando-se como porta de entrada do sistema, assim como ponto de apoio, controle e longitudinalidade. Se falando de doenças crônicas, nada seria tecnicamente mais eficaz para controle e prevenção, tanto primária, quanto secundária, quanto um bom acompanhamento dos pacientes pela equipe de atenção básica (MENDES, 2004).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como base um modelo assistencial preventivo e resolutivo no país, agindo descentralizadamente, com atenção à saúde mais próxima do indivíduo e da comunidade na qual ele é inserido. Estas ações oportunizam o acesso aos serviços de saúde como direito de todo cidadão e que tem na adesão e vínculo ferramentas de serviços que contribuem para a eficácia das ações, promovendo a segurança e acesso dos usuários com os serviços ofertados pelos profissionais de saúde (RÊGO, 2018).

Nesse aspecto, as intervenções realizadas para garantir o controle e a prevenção das complicações da Hipertensão Arterial são caracterizadas por abordagens que visam as necessidades singulares, considerando o perfil cultural e socioeconômico da comunidade, identificando os indicadores de risco e a probabilidade de complicações. Essas ações assistenciais possibilitam o controle adequado da doença e a garantia de uma melhor qualidade de vida, sendo os profissionais de saúde os facilitadores para adesão ao tratamento de escolha, seja ele medicamentoso ou não (RÊGO, 2018).

5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

É caracterizada por pressão arterial sistêmica persistentemente alta, com base em várias medições. A hipertensão (hipertensão arterial sistêmica) é atualmente definida como sendo a pressão sistólica repetidamente maior que 140 mm hg ou a pressão diastólica de 90 mm Hg ou superior, em pelo menos duas ocasiões diferentes. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O aumento da pressão arterial ocorre quando a relação entre débito cardíaco e a resistência periférica total é alterada, sendo, de fato, uma característica complexa determinada pela integração de múltiplos fatores genéticos, ambientais e demográficos (SCHOEN, 2005).

A classificação da HAS sofreu recente modificação em diretriz publicada este ano, e se faz conforme o quadro a seguir:

Quadro 2: Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica

Classificação	Pressão sistólica	Pressão diastólica
PA ótima	<120 mmHg e	<80 mmHg
PA normal	120-129 e/ou	80-84
Pré- hipertensão	130-139 e/ou	85-89
HAS estágio 1	140-159 e/ou	90-99
HAS estágio 2	160-179 e/ou	100-109
HAS estágio 3	≥ 180 e/ou	≥ 110

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2020

Dentre as causas sabe-se que fatores genéticos, de forma multigênica, interferem na etiologia, mas não há clareza de como isso ocorre. A doença se mostra multifatorial, complexa, e tem relação íntima com fatores ambientais, como ingesta de sódio, etilismo, tabagismo, sedentarismo, estresse e obesidade. Pode também ser secundária a uma doença como feocromocitoma, doença renal crônica, hiperaldosteronismo primário, uso de medicações, etc. (CARVALHO; SIQUEIRA; SOUSA, 2013).

A doença é mais prevalente na população idosa (acima de 60 anos), com uma porcentagem estimada de 60 a 80%. Abaixo dessa faixa etária, a prevalência estimada varia entre 22 e 44% no Brasil (CARVALHO; SIQUEIRA; SOUSA, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 2030, cerca de 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares (WHO, 2011). Em 2000, a prevalência da HAS na população mundial era de 25% e a estimativa para o ano de 2025 é de 29% (TALAEI, 2014). Nesse cenário a HAS aparece como um dos principais fatores de risco.

Os principais fatores de risco para HAS incluem: idade, raça, obesidade, história familiar, sexo, sedentarismo, etilismo, tabagismo, alta ingestão de sódio e uso de certos medicamentos, como anticoncepcionais orais. Outros fatores são frequentemente associados, mas não necessariamente causadores: Dislipidemia, baixo nível educacional e diabetes mellitus (CARVALHO; SIQUEIRA; SOUSA, 2013).

O aumento no número de idosos é um fenômeno mundial. No Brasil, a tendência de crescimento é semelhante, visto que a expectativa de vida aumentou em média 20 anos para os homens e 23 anos para as mulheres, desde 2013 (IBGE, 2014). Com o envelhecimento fisiológico, ocorre o desenvolvimento de aterosclerose nos grandes vasos e arteríolas, cursando com perda da distensibilidade e elasticidade. Tais modificações predisõem os indivíduos ao desenvolvimento da hipertensão. (GAZONI *et al.*, 2009).

Fato é que o controle da pressão arterial tem sido encontrado em apenas 25% dos idosos que se encontram em regime de tratamento. Essa situação é preocupante, visto as complicações que níveis pressóricos constantemente alterados podem provocar. Infelizmente, em cerca de 10% desse grupo de risco, o diagnóstico de HAS é feito somente após um evento clínico decorrente da pressão elevada por vários anos (PICON, 2016).

A maior parte dos pacientes com hipertensão também apresenta aumento de peso corporal, e estudos de diferentes populações mostram que o sobrepeso e a obesidade podem ser responsáveis por cerca de 30% dos casos de hipertensão arterial (PICON, 2016).

A experiência da autora assegura que a prevenção e o controle dessa doença, criação de estratégias e a utilização de abordagem que consiga conscientizar os indivíduos sobre os riscos, bem como os benefícios que estão relacionados à qualidade de vida das pessoas, assim será possível evitar, minimizar ou até mesmo interferir nas mudanças de estilo de vida.

Por ser uma doença crônica, o controle da HAS requer acompanhamento e tratamento por toda a vida, envolvendo as medidas farmacológicas e não farmacológicas (EGAN, 2013).

O tratamento não medicamentoso inclui controle de peso, aspectos nutricionais, como baixa ingestão de alimentos ricos em sódio e gordura saturada e aumento da ingestão de frutas e fibras, prática regular de atividade física, cessação de fatores como o tabagismo e etilismo, controle de estresse e técnicas de respiração lenta, dentre outros. Para isso, é imprescindível a ação de uma equipe multiprofissional, agindo nas diversas áreas da vida do indivíduo, equipe está geralmente disponível em sua íntegra na APS. O tratamento medicamentoso, por sua vez, é realizado quando as alternativas acima falham, ou sempre em conjunto com elas (CARVALHO; SIQUEIRA; SOUSA, 2013).

Há diversas classes de anti-hipertensivos, e várias delas demonstraram reduzir o risco cardiovascular. Na maioria dos casos, torna-se necessário associar fármacos com mecanismos de ação diferentes. Além da evidência do benefício, a escolha do anti-hipertensivo deve considerar fatores como comorbidades do paciente, gama de efeitos adversos e interações medicamentosas, comodidade posológica e, não menos importante, o preço do fármaco (PERROTI *et al.*, 2007).

O risco cardiovascular global deve ser sempre avaliado em cada indivíduo hipertenso, pois auxilia na decisão terapêutica e permite uma análise prognóstica. A identificação dos indivíduos hipertensos de alto ou muito alto risco, ou seja, mais predispostos às complicações cardiovasculares, é fundamental para uma orientação terapêutica mais agressiva. Os pacientes devem ser orientados em relação à doença durante as consultas e, sempre que possível, em grupos de assistência multiprofissional. O seguimento, solicitação de exames complementares e estabelecimento de metas pressóricas se baseia na história clínica do paciente, idade e comorbidades. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

5.3. Riscos comprometedores da Hipertensão Arterial Sistêmica

Uma vez condição clínica multifatorial caracterizada por níveis pressóricos elevados e sustentados, a Hipertensão Arterial é causa frequente de alterações funcionais e/ou estruturais em órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e de alterações metabólicas (entrando nos critérios da chamada

síndrome metabólica), com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. O comprometimento desses órgãos e sistemas, assim como o aparecimento dessa condição diminuem consideravelmente a qualidade de vida, quando não deixa sequelas irreversíveis, ou até mesmo a morte (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020)

A doença é responsável por cerca de 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes mellitus, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2016).

Dados mostram que no Brasil, no ano de 2017, os óbitos por doenças cardiovasculares tiveram um percentual de 27,3% . Essas doenças representaram 22,6% das mortes prematuras (entre 30 e 69 anos de idade). Houve um leve aumento no coeficiente de mortalidade ligado ao Infarto Agudo do Miocárdio em relação às demais (25%), assim como um aumento importante dos casos de HAS relatados de forma direta, totalizando um incremento de 128% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020).

Quadro 3: Condições clínicas associadas à HAS

Doenças de apresentação precoce e tardia:

- Acidente vascular encefálico
- Doença cardíaca coronária
- Insuficiência cardíaca
- Morte cardiovascular

Doenças de apresentação tardia:

- Cardiomiopatia hipertensiva
- Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada
- Fibrilação atrial
- Cardiopatia valvar
- Síndromes aórticas
- Doença arterial periférica
- Doença renal crônica
- Demências
- Diabetes mellitus
- Disfunção erétil

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2020.

Em relação ao contexto econômico, os riscos da hipertensão arterial não tratada repercutem principalmente na vida dos estratos sociais mais baixos. Já no âmbito macrossocial, o impacto dos prejuízos econômicos tem repercussão direta nos

índices de morbimortalidade, considerando-se o elevado índice de óbitos, hospitalizações, medicações e diversos graus de sequelas e complicações clínicas. Quanto ao sistema de saúde, calcula-se que quase 80% do dinheiro público voltado para a saúde é gasto nos 2 últimos anos de vida do indivíduo (LESSA, 2001).

Considerando o cenário exposto, a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico faz-se a partir da compreensão e das concepções de homens e mulheres portadores de hipertensão arterial acerca do processo saúde-doença e da prevenção de agravos (SILVA; DOMINGOS; CARAMASCHI, 2018).

5.4 Educação em Saúde.

Informar ao paciente sobre os fatores de risco através da educação em saúde pode melhorar a eficiência das medidas farmacológicas e não-farmacológicas para redução do risco global, uma vez que pressupõe-se uma ação mais efetiva por parte da pessoa quando a mesma entende as consequências de suas morbidades. Esta seria a base da educação em saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Falkenberg *et al* (2014, p.847) ressaltam a importância das “práticas de educação em saúde, que são inerentes ao trabalho em saúde e que muitas vezes são relegadas a um segundo plano no planejamento e organização do serviço, na execução das ações de cuidados e na própria gestão”

A educação em saúde é elemento indispensável na APS, seja na formação dos trabalhadores de saúde ou na educação dos pacientes. Além disso, consiste em um diálogo entre profissionais e usuários, o qual permite construir saberes e valiosamente aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado. Mais que isso, ainda possibilita o debate entre população, gestores e trabalhadores para se potencializar o controle popular, tornando-se mecanismo de incentivo à gestão social da saúde (ANDRADE *et al*, 2011)

Como dito anteriormente, a ESF tem papel relevante no controle e prevenção desses problemas, em relação ao apoio aos usuários no gerenciamento do adoecimento crônico, e isso é feito principalmente por meio da educação em saúde (MENDES, 2012).

Destaca-se que as equipes de saúde da família têm a necessidade de incorporar habilidades educativas, para o desenvolvimento de um processo de trabalho que seja condizente com o modelo de atenção às doenças crônicas, com o objetivo de estabelecer a troca de conhecimentos e a transformação da realidade dos usuários do sistema (FERNANDES; BACKES, 2010; MENDES, 2012).

Seja em seus espaços formais, como os grupos educativos operacionais, ou na relação diária entre profissional de saúde e usuário, toda ação voltada para a educação expressa uma oportunidade de desenvolver o cuidado integral à saúde das pessoas (ALVES, 2005).

Andrade *et al* (2011, p. 374) destacam que no setor da saúde a,
(Não esta na lista de referências)

Educação Permanente é um conceito pedagógico utilizado para expressar as relações entre ensino e ações e serviços, articulando docência e atenção à saúde. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) ampliou esse conceito, que passou a designar também as relações entre a formação e a gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde.

No entendimento dos autores acima para efetivar a implementação da educação permanente, se faz necessário realizar um pacto nos diferentes níveis gestores do SUS, buscando entendimento nas relações e autonomia dos espaços bem como, interesse na concretização de estratégias que aproxime o ensino ao serviço (ANDRADE *et al* (2011).

A educação em saúde ou educação permanente, asseguram que para os profissionais manterem os pacientes informados durante o atendimento clínico ou de enfermagem, deva ser feito de forma ampla que o usuário do SUS entenda o propósito ou então seja feita a comunicação através de materiais impressos, principalmente quando se deseja orientar as pessoas em relação a promoção, prevenção de complicações ou riscos à saúde e tratamento de doenças.

... Assim, de uma forma geral, os materiais impressos usados na educação em saúde têm como objetivo divulgar conteúdos considerados importantes para a prevenção ou tratamento de enfermidades. De maneira mais específica, estes materiais informam sobre mecanismos que determinam ou favorecem estados ideais de saúde, procuram reforçar orientações transmitidas oralmente em consultas e contribuir na implementação, pelo próprio indivíduo, de cuidados necessários ao tratamento ou prevenção de doenças. Esses materiais de

divulgação - nos formatos de cartazes, cartilhas, folders, panfletos, livretos - são, convencionalmente, chamados de “materiais educativos” nos serviços de saúde, por fazerem parte da mediação entre profissionais e população (FREITAS e FILHO, (2009: p. s/n) apud MONTEIRO, VARGAS 2010).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Grande quantidade de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, principalmente idosos, com cuidados precários e dificuldade na gestão e controle dessa doença”, 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 (PES).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A ESF Alvorada abrange uma população de aproximadamente 3598 habitantes. Uma das doenças em maior prevalência na comunidade é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), acometendo cerca de 12% da população (número subnotificado). A prevalência dessa doença aumenta com a idade, e, apesar dos idosos não serem a maior parte da população em número, são eles quem mais frequentam a unidade de saúde em termo de consultas, além do número de internações por complicações dessa enfermidade serem maiores nessa faixa etária.

Uma unidade de saúde pode atuar de diversas formas na prevenção primária e secundária das condições relacionadas à HAS. O nível de informação que podemos oferecer a esses pacientes, através de uma equipe multidisciplinar, seja por meio de consultas individuais ou grupos operativos é muito valioso. Toda a equipe pode envolver em seu processo de trabalho, principalmente através das intervenções em visitas domiciliares ou por meio do acolhimento aos usuários, onde obtemos e fornecemos informações importantes para o controle, assim como nível de adequação das doenças dos usuários.

No caso da ESF Alvorada, onde a doença é mais prevalente em idosos que moram sozinhos, utilizar de instrumentos para lembrar da tomada dos medicamentos corretamente ou contatar a família para um melhor suporte e adequação do tratamento são pontos importantes.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema de saúde comum que pode ter consequências devastadoras, frequentemente permanecendo assintomática até uma fase tardia de sua evolução, o que costuma ser um problema tanto para seu diagnóstico quanto para convencer o paciente da necessidade de seu tratamento correto. Os efeitos prejudiciais da pressão arterial aumentam à medida que a mesma se eleva (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Após identificar o problema descrito, é necessário saber quais são os nós ou situações críticas geradoras do mesmo.

Foram levantados os seguintes nós críticos para o problema:

- Dificuldade da população idosa em gerir os próprios medicamentos (nomes/ horários de tomada);
- Baixa adesão aos tratamentos não medicamentosos, isto é, boa alimentação, controle de peso e prática de atividades físicas;
- Despreparo da equipe em elaborar grupos operativos efetivos, com intervenção de uma equipe multiprofissional, muitas vezes por falta de espaço físico apropriado e horários na agenda, uma vez que a equipe está recém instalada em um novo local, e a demanda espontânea ocupa boa parte da agenda do médico e enfermeiro, por exemplo;
- Dificuldade da própria população em entender a importância do controle correto das doenças, assim como suas terríveis consequências.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Grande quantidade de pacientes com HAS, principalmente idosos, com cuidados precários e dificuldade na gestão e controle dessa doença” na

população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02, do município Patos de Minas, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Dificuldade da população idosa em gerir os próprios medicamentos (nomes/ horários de tomada);
6º passo: operação (operações)	Criar recursos para melhorar a organização dos medicamentos;
6º passo: projeto	Medicamento certo no horário certo
6º passo: resultados esperados	Melhorar o controle pressórico desta população;
6º passo: produtos esperados	Criação de tabelas com referência aos horários de tomada dos medicamentos baseada na escolaridade/entendimento da população/ separação dos medicamentos em caixas organizadas
6º passo: recursos necessários	Estrutural: Organização de caixas/ tabelas Cognitivo: informação sobre o funcionamento aos pacientes/ famílias Financeiro: Compra de insumos
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Financeiro: para aquisição de recursos (caixas, materiais...) Adesão dos profissionais
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Equipe de saúde (médico, enfermeiro, ACS) - Motivação: Melhorar a adesão e facilitar o controle da doença do usuário: favorável
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Criação de tabelas com referência aos horários de tomada dos medicamentos baseada na escolaridade/ entendimento da população/ separação dos medicamentos em caixas organizadas Início da atividade imediata, término em 3 meses. ACS, enfermeiro, médico
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Apresentar as modificações e monitoramento nas reuniões mensais de equipe ACS, enfermeiro, médico

Fonte: Autora do trabalho. (2020)

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Grande quantidade de pacientes com HAS, principalmente idosos, com cuidados precários e dificuldade na gestão e controle dessa doença” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 02, do município Patos de Minas, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Baixa adesão aos tratamentos não medicamentosos (boa alimentação, controle de peso e prática de atividades físicas)/ Dificuldade da própria população em entender a importância do controle correto da doença, assim como suas terríveis consequências.
6º passo: operação (operações)	Orientar e avaliar hábitos de vida;
6º passo: projeto	Aumento da adesão ao tratamento não medicamentoso
6º passo: resultados esperados	Melhorar controle pressórico, além de diminuir demais fatores de risco
6º passo: produtos esperados	Criar espaço nas agendas do NASF na unidade para atendimento aos usuários com tais condições de saúde Grupos de atividade física e alimentação saudável, grupo de controle do estresse...
6º passo: recursos necessários	Estrutural: Organizar grupos e estratégias/ adesão dos profissionais de saúde; Cognitivo: informação/ adesão dos profissionais de saúde; Financeiro: aquisição de recursos para materiais (para atividade física, folhetos...) Político: Local para tais ações.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Estrutural: Adesão dos profissionais Político: Local para grupos Financeiro: aquisição de recursos para materiais (para atividade física, folhetos...); adesão dos profissionais;
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médico/ enfermeiro/ NASF- Motivação: Ajudar o usuário a entender que o tratamento envolve mais do que medicações; melhorar qualidade de vida da população- Favorável
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Criar espaço nas agendas do NASF na unidade para atendimento aos usuários com tais condições de saúde
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Apresentação e resultados em reuniões mensais de equipe 2 meses para o início das atividades; manter como rotina na agenda da unidade.

Fonte: Autora do trabalho (2020)

Quadro 6– Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Grande quantidade de pacientes com HAS, principalmente idosos, com cuidados precários e dificuldade na gestão e controle dessas doenças” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família (nome), do município (nome), estado de (nome)

Nó crítico 3	Despreparo da equipe em elaborar grupos operativos efetivos/ gestão de agenda
6º passo: operação (operações)	Capacitar equipe e gerir agenda de modo que os grupos operacionais voltados para esta população virem rotina na ESF
6º passo: projeto	Grupos Operativos
6º passo: resultados esperados	Melhorar adesão da população aos tratamentos/ diminuir as complicações secundárias ou exacerbações dessas doenças devido ao cuidado continuado efetivo
6º passo: produtos esperados	Criar grupos operativos multiprofissional/separar espaço na agenda da unidade para tal
6º passo: recursos necessários	Estrutural: Adesão da equipe/ organização dos grupos Cognitivo: Informações/ capacitação dos profissionais de saúde Financeiro: recursos (folhetos, materiais, lanches saudáveis...) Político: Local para grupos
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Estrutural: Adesão da equipe/ organização Político: Local para grupos Financeiro: Recursos
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médico/ enfermeiro/ NASF/ ACS- Motivação: Conscientização da população- Favorável
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médico, enfermeiro, participação do NASF Monitorar resultados durante reuniões mensais de equipe
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	2 meses para o início das atividades; manter como rotina na agenda da unidade. Monitorar resultados durante reuniões mensais de equipe. Médico, enfermeiro, participação do NASF

Fonte: Autora do trabalho (2020)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a relevância desse estudo, fica a reflexão para que as dificuldades levantadas denominadas de “nós críticos” possam ser sanadas prioritariamente pelos órgãos competentes, com a participação dos profissionais de saúde da unidade.

Através desse estudo foi possível refletir sobre o papel dos profissionais envolvidos no processo, de modo que possamos prestar um atendimento com qualidade e se interessar para solucionar o problema de saúde da comunidade.

A Atenção Primária à Saúde constitui-se em grande aliada na condução do paciente hipertenso, uma vez que dispõe de uma equipe multiprofissional para condução, assim como funciona como meio de fácil acesso e acolhimento ao usuário. Nela podem ser aplicadas tecnologias como o PES, onde se estabelecem problemas singulares daquela comunidade, assim como se desenvolvem planos e meios de resolução individuais, de acordo com a realidade biopsicossocial encontrada.

Conclui-se que o tema tornou evidente que todos os profissionais necessitam melhorar o conhecimento para atender o paciente com mais eficiência. Para isso, ações de educação permanente para os profissionais e de educação em saúde para os pacientes ocupam pontos centrais no correto diagnóstico, tratamento, controle e compreensão da doença, assim como dos riscos oferecidos, já que a Hipertensão Arterial Sistêmica constitui um dos principais fatores de risco para uma das maiores causas de morte na atualidade, que são as doenças cardiovasculares.

Assim, espera-se que a equipe de saúde da ESF 02, Bairro Alvorada, cidade de Patos de Minas-MG, se envolvam com o projeto na perspectiva de melhorar o serviço e prestar um atendimento de qualidade.

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 - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, jul./set. 2005.
- ANDRADE, S.R; MEIRELLES, B.H.S; LANZONI, G.M.M. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2011;35(4):373-381.
- BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica - PNAB**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 25 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em: 6 out. 2019.
- CAMPOS, F.C.C; FARIA, H.P; SANTOS, M.A Planejamento e avaliação das ações em saúde. **NESCON**, ed 2, 2009.
- CARVALHO, M.V; SIQUEIRA, L.B; SOUSA, A.L; JARDIM, P.C; A influência da pressão arterial na qualidade de vida. **Arq Bras Cardiologia**, v.100, n.2, p164-174, 2013
- EGAN, B.M. Prediction of incident hypertension: Health implications of data mining in the 'Big Data' era. **J.Hypertension**. v.31, n.11, p. 2123-4, 2013.
- FALKENBERG, M.B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n.3., p.847-852, 2014.
- FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde. Belo Horizonte: **Nescon/UFMG**, 2018. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIACAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf> Acesso em: 6 out. 2019.
- FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V.M.S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, jul./ago. 2010.
- FREITAS, F.V.; FILHO, L.A.R. Modelos de Comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 2010

GAZONI, FM; BRAGA, ILS; GUIMARÃES, HP; LOPES, RD. Hipertensão sistólica no idoso. **Rev Bras Hipertens** v.16, n.1, p.34-37, 2009.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções da população: Brasil e unidades da federação**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Revista Brasileira de Hipertensão**, 4, 383-392, 2001.

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

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília/DF: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012.

MENDES, I.A.C; Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 447-448, 2004.

PERROTI, TC; CAMPOS, FJ; UEHARA, CA; ALMADA, FCM; MIRANDA, RD. Tratamento farmacológico da hipertensão no idoso. **Rev Bras Hipertens**. v. 14, n.1, p. 37-41, 2007.

PICON, RV; FUCHS FD; MOREIRA LB; RIEGEL G. Tendências na prevalência de hipertensão no Brasil: Uma revisão sistemática e metanálise. **Plos One**, 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS DE MINAS, 2015 Disponível em: <<http://www.patosdeminas.mg.gov.br/home/>>. Acesso em: 16 de junho de 2019.

RÊGO, AS; RADOVANOVIC, CAT. Adesão vínculo de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família. **Rev Bra Enfermagem**, v.71, n.3, p.1030-7, 2018.

SCHOEN, F. J. Os vasos sanguíneos. In: Kumar, V.; Abbas, A.; Fausto, N. Patologia: bases patológicas das doenças. 7a ed. Rio de Janeiro: **Elsevier**, 2005. p. 537-81.

SILVA, MCG; DOMINGOS, TS; CARAMASCHI, S. Hipertensão Arterial e cuidados com a saúde: Concepções de homens e mulheres. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.19, n.2, p.435-452, 2018.

SISAB. Ministério da Saúde, Brasília: 2019. Disponível em: <<https://sisab.saude.gov.br/>>. Acesso em: 16 de junho de 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. (2016). **VI Diretrizes**

Brasileiras de Hipertensão. Disponível em:
http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial** – 2020. Disponível em: <https://sbc-portal.s3.sa-east-1.amazonaws.com/diretrizes/Pocket%20Books/2017/7%C2%AA%20Diretriz%20Brasileira%20de%20Hipertens%C3%A3o%20Arterial.pdf>

TALAEI, M. et al. Incident hypertension and its predictors: the Isfahan Cohort Study. **J. Hyertension**, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control**. Mendis S, Puska P, Norrving B editors. Geneva: World Health Organization; 2011.