

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

Braulio Bitencourt Silva Miranda

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA EQUIPE DE SAÚDE
ANGUSTURA, MUNICÍPIO DE ALÉM PARAÍBA, MINAS GERAIS**

Juiz De Fora / Minas Gerais

2020

Braulio Bitencourt Silva Miranda

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA EQUIPE DE SAÚDE
ANGUSTURA, MUNICÍPIO DE ALÉM PARAÍBA, MINAS GERAIS**

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: Verônica Amorim Rezende

Juiz De Fora / Minas Gerais

2020

Braulio Bitencourt Silva Miranda

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA EQUIPE DE SAÚDE
ANGUSTURA, MUNICÍPIO DE ALÉM PARAÍBA, MINAS GERAIS**

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: Verônica Amorim Rezende

Banca examinadora

Profa. MsC. Verônica Amorim Rezende – PMBH

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa – Universidade Federal de Minas Gerais

Aprovado em Belo Horizonte em 09 de setembro de 2020

RESUMO

A hipertensão arterial é uma das comorbidades que mais afeta os brasileiros. Estima-se que no Brasil tenha em torno de 17 milhões de pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica, o que representa 35% da população com mais de 40 anos. Pode-se dizer que é um número crescente e o surgimento está cada vez mais cedo. A adesão ao tratamento medicamentoso de doenças crônicas como a hipertensão arterial visa o controle e à prevenção ou retardo no surgimento de complicações, o que torna o trabalho do médico desafiador. Este estudo tem como objetivo propor um plano de intervenção para estimular a adesão ao tratamento do portador de Hipertensão Arterial Sistêmica, na área de abrangência da Equipe de Saúde Angustura, pertencente a Unidade Básica de Saúde José Maria Cardoso Mayrink (Angustura), Unidade Básica de Saúde Raimundo Joaquim Gonçalves (Fernando Lobo), UBS de Marinópolis (Marinópolis) e Unidade Básica de Saúde de Beira Rio (Beira Rio), localizadas no município de Além Paraíba, Minas Gerais. A metodologia utilizada foi a realização de uma revisão bibliográfica acerca do tema, nos bancos de dados *Scientific Electronic Library online*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Biblioteca Virtual de Saúde, do Ministério da Saúde, no período de 2010 a 2020. Para elaboração do projeto de intervenção foi utilizado como base o Planejamento Estratégico Situacional. Nas comunidades foi observado os seguintes problemas: baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo; elevada prevalência de tabagismo; elevada prevalência de etilismo e uso de drogas ilícitas; elevado índice de desemprego; baixo nível de escolaridade. Dentre estes, foi eleito o problema baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo. A partir disso, foram selecionados os seguintes nós críticos: baixo nível de informação quanto aos agravos ocasionados pela comorbidade; dificuldade diagnóstica; polifarmácia; comunicação deficiente entre profissional e paciente. Nessa perspectiva, observou-se que a intervenção realizada nos pacientes do Hiperdia foi especialmente voltada para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso, atingindo, assim, o objetivo proposto pelo estudo.

Descritores: Adesão à medicação. Hipertensão Arterial Sistêmica. Doença Crônica. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

Arterial hypertension is one of the comorbidities that most affects Brazilians. It is estimated that in Brazil there are around 17 million people with Systemic Arterial Hypertension, which represents 35% of the population over 40 years old. It can be said that it is an increasing number and the appearance is increasingly early. Adherence to drug treatment of chronic diseases such as high blood pressure aims to control and prevent or delay the onset of complications, which makes the physician's job challenging. This study aims to propose an intervention plan to encourage adherence to treatment for patients with Systemic Arterial Hypertension, in the area covered by the Angustura Health Team, belonging to Basic Health Unit José Maria Cardoso Mayrink (Angustura), Basic Health Unit Raimundo Joaquim Gonçalves (Fernando Lobo), UBS of Marinópolis (Marinópolis) and Basic Health Unit of Beira Rio (Beira Rio), located in the municipality of Além Paraíba, Minas Gerais. The methodology used was to conduct a bibliographic review in the online databases Scientific Electronic Library, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Virtual Health Library, of the Ministry of Health, in the period from 2010 to 2020. To prepare the intervention project, Situational Strategic Planning was used as the basis. The following problems were observed in the communities: Low adherence to antihypertensive treatment; High prevalence of smoking; High prevalence of alcoholism and use of illicit drugs; High unemployment rate; Low level of education. Among these, the problem Low adherence to antihypertensive treatment was chosen. From this, the following critical nodes were selected: Low level of information regarding the injuries caused by the comorbidity; Diagnostic difficulty; Polypharmacy; Poor communication between professional and patient. In this perspective, it was observed that the intervention performed in Hiperdia patients was especially aimed at improving adherence to drug treatment, thus reaching the objective proposed by the study.

Descriptors: Adherence to medication. Systemic Arterial Hypertension. Chronic disease. Primary Health Care. Family Health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
1.2 O sistema municipal de saúde	7
1.3 Aspectos da área de abrangência da ESF Angustura	9
1.4 A Unidade Básica de Saúde José Maria Cardoso Mayrink.....	10
1.5 A Equipe de Saúde da Família (ESF) Angustura, da Unidade Básica de Saúde José Maria Cardoso Mayrink (Angustura), da Unidade Básica de Beira Rio (Beira Rio), da Unidade Básica de Marinópolis (Marinópolis) e da Unidade Básica Raimundo Joaquim Gonçalves (Fernando Lobo).	11
1.6 O funcionamento das UBS José Maria Cardoso Mayrink (Angustura micro-áreas 01 e 02), Raimundo Joaquim Gonçalves (Fernando Lobo micro-áreas 03 e 04), de Marinópolis (Marinópolis micro-área 05) e de Beira Rio (Beira Rio micro-área 06).....	13
1.7 O dia a dia das equipes	13
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade ..	15
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção	15
JUSTIFICATIVA	16
OBJETIVO.....	18
METODOLOGIA.....	19
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
5.1 A Estratégia De Saúde Da Família	22
5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica	24
PLANO DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Descrição do problema selecionado	27
6.2 Explicação do problema selecionado	27
6.3 Seleção dos nós críticos	28
6.4 Desenho das operações	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS.....	34

INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Além Paraíba é uma cidade localizada na Zona da Mata mineira e encontra-se a 380 km da capital, Belo Horizonte. A população estimada para 2019 era de 35.362 habitantes, sua densidade demográfica é de 67,30 hab/km² e a área da unidade territorial apresenta-se em 510,250km². A região é coberta pela Mata Atlântica (IBGE, 2020).

Até o final do século XVIII a região tinha o conhecimento de tropeiros vindos da corte e era habitada pelos índios Puris. Por volta de 1784, ao haver o descobrimento de minerais preciosos, houve intensificação da travessia do Rio Paraíba do Sul. Em 1880, a Vila, foi mudada por lei no município que recebeu o nome de São José de Além Paraíba e, apenas em 1883, foi elevada a categoria de cidade (IBGE, 2020).

Houve uma intensificação das relações comerciais e a criação de empregos com a chegada da Estrada de Ferro Central do Brasil. Em 1890, Além Paraíba ficou entre as primeiras cidades a ter uma linha de bondes, que unia Porto Novo a São José e atendendo, também, a Vila Laroca (ex-Limoeiro). A partir do início do século XX, houve um desenvolvimento da indústria, o que ajudou a ampliar o comércio local. Em 1923 passou a ter o nome atual (IBGE, 2020).

Apresenta 80,4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 69,6% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 44,2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 19,66 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0,7 para cada 1.000 habitantes (IBGE, 2020).

Em 2017, os alunos dos anos iniciais do ensino fundamental da rede pública da cidade tiveram nota média de 5,9 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Para os alunos dos anos finais do ensino fundamental, essa nota foi de 4,0 (IBGE, 2020). A taxa de escolarização foi de 97,6%. Segundo a Secretaria Municipal de Educação, no município há nove escolas

municipais, cinco escolas estaduais, uma creche e um Centro de Educação e Cidadania (CEC).

O Produto Interno Bruto (PIB) per capita de Além Paraíba, referente ao ano de 2017, é de R\$ 25.711,91. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,726. O IDHM possui uma faixa entre 0 e 1, sendo considerado pior quanto mais próximo de 0 e melhor mais próximo de 1. Há os seguintes componentes: longevidade, educação e renda. No referido município, o componente educação é avaliado em 0,626, renda em 0,713 e longevidade 0,857. Desse modo, nota-se que o componente longevidade é o mais bem avaliado (IBGE, 2020).

O salário médio mensal dos trabalhadores formais é de 1,9 salários mínimos. Há 7.867 pessoas como pessoal ocupado e 22,3% como população ocupada. O percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário mínimo é de 32,7% (IBGE, 2020).

1.2 O sistema municipal de saúde

As estruturas da rede municipal de saúde são: um Hospital São Salvador (HSS), o qual funciona como Pronto Atendimento 24 horas tanto para atendimento privado como público; Centro de especialidades médicas (CEMEC); Nove Unidades Básicas de Saúde (UBS); Uma Farmácia Municipal com funcionamento de 07:00 às 17:00 horas, em dias úteis; três laboratórios terceirizados, o qual realiza todos os exames solicitados pelas demais unidades.

No CEMEC são realizados atendimentos ambulatoriais agendados de atenção secundária à saúde. São ofertados atendimentos mediante encaminhamento da Atenção primária para as seguintes especialidades: Pediatria; Ginecologia e Obstetrícia; Cardiologia; Gastroenterologia; Ortopedia; Neurologia; Fonoaudiologia; Fisioterapia; Psiquiatria e Psicologia.

Os atendimentos de Urgência e Emergências são conduzidos inicialmente para o Pronto Atendimento localizado nas dependências do hospital municipal, o qual funciona 24 horas por dia, em geral com dois plantonistas (clínico geral). Como há uma distância considerável das unidades de saúde ao hospital, a demanda no posto acaba sendo espontânea visto que montar uma agenda também foi uma situação de resistência da população local.

Há uma equipe de Vigilância Epidemiológica e uma de Vigilância Sanitária, cada uma composta com seus respectivos agentes e coordenadores. As equipes de Vigilância em Saúde auxiliam em ações contra Dengue, Febre Amarela, Raiva e outros, porém não costuma haver contato entre essas e as equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF) fora desses períodos.

A porta de entrada do usuário no sistema de saúde, em geral, é a Unidade Básica de Saúde, a qual gerencia os encaminhamentos para os demais pontos de apoio. Quando há a necessidade de internação hospitalar, o paciente é direcionado ao Pronto Atendimento do HSS munido de encaminhamento, em mãos, na ambulância do distrito, ou quando não é possível o transporte desta maneira é feito contato via Serviço Móvel de Urgência (SAMU) para transporte do mesmo. Em geral, não ocorre comunicação entre UBS e Pronto Socorro após transferência. Em relação aos encaminhamentos para consultas ambulatoriais com especialistas todos os pacientes são avaliados, inicialmente, em atendimento com médico da ESF.

A contra referência dos especialistas não é uma prática rotineira, mas os pacientes são orientados a retornar à unidade após consulta para manutenção de seguimento em Atenção Primária de Saúde (APS). A maioria dos pacientes retornam e há uma boa coordenação dos cuidados em atenção primária e secundária de saúde.

O Pronto Atendimento é outra importante porta de entrada que gerencia os casos de urgência e emergência e encaminha casos, especialmente de doenças crônicas transmissíveis ou não, para as UBS.

De acordo com Plano Diretor de Regionalização, o município de Além Paraíba compõe a microrregião de Pirapetinga, Estrela Dalva, Volta Grande e Santo Antônio do Aventureiro e participa da macrorregião Sudeste que tem como referência o município de Juiz de Fora. Por esta divisão, boa parte dos atendimentos especializados e de urgência e emergências que não podem ser suprimidos ao nível municipal são referenciadas para os municípios da macrorregião Sudeste.

O município conta com um Centro de Apoio Psicossocial I (CAPS I) que atende prioritariamente pacientes de saúde mental portadores de transtorno mental grave ou persistes de qualquer faixa etária.

1.3 Aspectos da área de abrangência da ESF Angustura

A área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Angustura (ESF Angustura) é composta por zona urbana e rural somando um total de quatro UBS, nas quais o autor do presente trabalho atua, que abrange as áreas de: Angustura, distrito urbano de Além Paraíba, localizado à aproximadamente 27,4 km da sede do município com acesso parte por estrada de terra e parte por estrada pavimentada (BR 116); Beira Rio, localidade rural, distante 25,5 km da sede, com acesso todo por estrada pavimentada através da BR 116; Fernando Lobo, localidade rural, distante 11,3 km de distância da sede com acesso por estrada pavimentada através da BR 393; e Marinópolis, localidade rural, distante 19,4 km da sede com acesso por estrada pavimentada através da rodovia BR 116. Dessa forma, o autor do presente trabalho está lotado nas quatro UBS.

Em geral os pacientes utilizam tanto o Sistema de Único de Saúde (SUS), quanto serviços de saúde privados. Um dos grandes desafios nesses casos é manter um acompanhamento adequado, visto que há uma fragmentação no cuidado desses pacientes, em geral.

Essa população possui baixo poder aquisitivo, o que dispõe de boa demanda de atendimento no SUS. Atualmente 883 famílias e 2534 pessoas vivem na região que abrange as áreas de Angustura, Beira Rio, Fernando Lobo e Marinópolis. Destes 1226 se identificam com o gênero masculino e 1308 se identificam com o gênero feminino (e-SUS, 2020).

Quanto às condições de saneamento básico e coleta de lixo, famílias de zona urbana têm acesso à coleta de lixo semanalmente, ao fornecimento de água encanada e tratada e à rede pública de esgoto (sem tratamento). Já as famílias que moram na zona rural tem o lixo queimado pelos próprios moradores, o acesso a água ocorre através de poços artesianos de água e o esgoto é destinado para fossas ou diretamente nos rios. Todas as famílias cadastradas têm acesso à energia elétrica.

Quase todas as ruas das localidades são pavimentadas com asfalto ou calçamento de pedras, no entanto, existem ainda algumas sem nenhum tipo de pavimentação.

Segundo levantamento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), não há pacientes menores de 14 anos de idade fora da escola.

As áreas cobertas pela ESF Angustura contam com dois anexos às escolas municipais que cumprem papel de creche, no entanto não são cadastradas como tal no Sistema Municipal de Ensino da Prefeitura de Além Paraíba (SME-PMAP). Essas duas escolas municipais são para estudantes matriculados entre o 1º e o 5º anos do ensino básico, e há uma escola estadual que conta com ensino fundamental e médio, além de educação de jovens e adultos (EJA), onde estão matriculados a maior parte dos pacientes em idade escolar.

1.4 A Unidade Básica de Saúde José Maria Cardoso Mayrink

Iremos considerar a estrutura física apenas de uma das quatro UBS pertencentes à ESF Angustura, sendo nesta Unidade onde a enfermeira e o médico passam a maior parte do tempo em atendimento.

A Unidade de Saúde da Equipe Saúde José Maria Cardoso Mayrink funciona em estrutura própria, construída para funcionamento da UBS, e localiza-se no distrito de Angustura. Foi inaugurada no ano de 2000.

A estrutura física possui três consultórios, uma recepção, uma sala de vacina, uma sala de curativo, uma sala de odontologia, uma sala para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma cozinha, quatro banheiros. A unidade não conta com aparelho de eletrocardiograma (ECG) e, quando necessário é solicitado à Secretaria Municipal de Saúde, posteriormente, agendados pela regulação e realizados na CEMEC. Caso haja necessidade de suporte ou tratamento usando medicações de uso intravenoso e algumas de uso intramuscular e, em poucos casos, de medicação oral (como pode acontecer com pacientes com urgência hipertensiva), após avaliado pelo médico clínico da UBS, o paciente pode ser encaminhado para o pronto atendimento (PA) do HSS; uma vez que as unidades não contam com nenhum tipo de medicação ou equipamento para suporte.

Cabe ressaltar que a unidade possui rampa de acesso à cadeirantes, facilitando o deslocamento dos pacientes com esse tipo de necessidade.

Os grupos operativos de hipertensos, diabéticos, gestantes, puericultura e saúde mental ocorrem no salão comunitário, ou em alguma outra dependência da UBS, que por vezes fica pequena para realização das atividades. Os

profissionais de educação física, psicologia, fisioterapia e nutrição fazem rodízio durante a semana nos atendimentos em um consultório adaptado, compartilhado em horários distintos por outros profissionais.

Há na UBS uma equipe de saúde da família, com a lotação de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, dois agentes comunitários de saúde, um cirurgião dentista, um auxiliar/técnico de saúde bucal. Além disso, há um psicólogo, um nutricionista, dois fisioterapeutas e um educador físico. Não há atendimento de psiquiatria na unidade, os atendimentos são realizados no CEMEC. Os atendimentos de ginecologia, quando se fazem necessário são atendidos no CEMEC. Os atendimentos de pediatria podem ser encaminhados às outras UBS (que contam com este atendimento) através de contato direto com a referida unidade. A unidade conta com uma recepcionista e uma auxiliar de limpeza.

Os atendimentos realizados na unidade são feitos por demanda espontânea, na maioria das vezes, somente na unidade de Marinópolis que os atendimentos são realizados com marcação de consulta previamente, organizando agenda segundo grupos, e em todas as unidades as consultas estão sendo precedidas de avaliação de temperatura axilar e Peso (para crianças), Pressão Arterial (PA) (para pacientes adultos) e glicemia capilar (HGT) (em alguns casos).

1.5 A Equipe de Saúde da Família (ESF) Angustura, da Unidade Básica de Saúde José Maria Cardoso Mayrink (Angustura), da Unidade Básica de Beira Rio (Beira Rio), da Unidade Básica de Marinópolis (Marinópolis) e da Unidade Básica Raimundo Joaquim Gonçalves (Fernando Lobo).

A Equipe é composta por seis ACS, dois auxiliares de saúde bucal, quatro técnicas de enfermagem, uma enfermeira, um cirurgião dentista e um médico. Sendo estes profissionais distribuídos da seguinte forma, nas respectivas unidades: Unidade Básica de Saúde José Maria Cardoso Mayrink (Angustura) - duas ACS e uma técnica de enfermagem; Unidade Básica de Beira Rio (Beira Rio) - uma ACS e uma técnica de enfermagem; Unidade Básica de Marinópolis (Marinópolis) - uma ACS e uma técnica de enfermagem; Unidade Básica Raimundo Joaquim Gonçalves (Fernando Lobo): duas ACS e uma técnica de

enfermagem. Os demais profissionais atendem, segundo agenda, durante a semana nas unidades.

O quadro, a seguir, contém descritivo dos profissionais pertencentes a equipe:

Quadro nº01 – Quadro de profissionais da Equipe de Saúde Angustura, pertencente as UBS José Maria Cardoso Mayrink (Angustura micro-áreas 01 e 02), Raimundo Joaquim Gonçalves (Fernando Lobo micro-áreas 03 e 04), de Marinópolis (Marinópolis micro-área 05) e de Beira Rio (Beira Rio micro-área 06), localizada no município de Além Paraíba, Minas Gerais

Profissionais	Descrição
ACS micro-área 01	<ul style="list-style-type: none"> ACS que atua a micro-área 01 há 9 anos, ensino médio completo. A Micro-área conta com 260 pessoas cadastradas e 64 famílias.
ACS micro-área 02	<ul style="list-style-type: none"> ACS há 10 anos, possui nível superior completo (enfermagem). Trabalha com a micro-área 02 que tem 724 indivíduos e 212 famílias cadastradas.
ACS micro-área 03	<ul style="list-style-type: none"> ACS há 10 anos, ensino médio completo. Atua na micro-área 03 que tem 320 pessoas cadastradas e 157 famílias.
ACS micro-área 04	<ul style="list-style-type: none"> ACS da micro-área 04 há 10 anos, ensino médio completo. Possui 183 famílias cadastradas e 439 pessoas.
ACS micro-área 05	<ul style="list-style-type: none"> ACS há 3 anos e 3 meses, cursando 8º período de enfermagem. Atende a micro-área 05 na qual contam com 184 famílias e 565 indivíduos.
ACS micro-área 06	<ul style="list-style-type: none"> ACS há 10 anos, ensino médio completo. Atende a micro-área 06 na qual contam com 83 famílias e 226 indivíduos.
Médico	Profissional da equipe há 1 ano e 6 meses.
Enfermeira	Profissional da equipe há 1 ano e 11 meses.
Técnica de Enfermagem micro-áreas 01 e 02	Profissional da equipe há 1 ano e 7 meses.
Técnica de Enfermagem micro-áreas 03 e 04	Profissional da equipe há 10 anos.
Técnica de Enfermagem micro-área 05	Profissional da equipe há 11 anos.
Técnica de Enfermagem micro-área 06	Profissional da equipe há 2 anos e 10 meses.
Cirurgião Dentista	Profissional da equipe há 3 anos
Auxiliar de Saúde Bucal	Profissional da equipe há 15 anos

Fonte: Autoria Própria (2020)

A equipe de saúde da família possui no total 2534 habitantes e 883 famílias cadastradas.

Todos os funcionários cumprem 40 horas de trabalho semanais, com exceção do médico que trabalha 32 horas/semana. A ESF conta com uma coordenadora de Atenção Básica de Saúde (ABS) que auxilia na resolução de conflitos internos e cumprimento de metas propostas pela secretaria de saúde.

1.6 O funcionamento das UBS José Maria Cardoso Mayrink (Angustura micro-áreas 01 e 02), Raimundo Joaquim Gonçalves (Fernando Lobo micro-áreas 03 e 04), de Marinópolis (Marinópolis micro-área 05) e de Beira Rio (Beira Rio micro-área 06).

As Unidades de Saúde funcionam das 7:00 às 16:00 horas, sem fechamento para horário do almoço.

1.7 O dia a dia das equipes

Na maior parte do tempo da Equipe cada profissional está muito restrito a suas obrigações específicas. As ACS, em geral, estão fora da Unidade visitando suas famílias. O médico e a cirurgiã-dentista passam praticamente todo o expediente atendendo demandas programadas e espontâneas. A enfermeira e a técnica de enfermagem triam os pacientes, realizam curativos e administração de medicamentos na unidade e nos domicílios. Durante as visitas domiciliares médicas, da enfermagem, em geral, há participação das ACS.

Os profissionais de apoio, coordenam os grupos operativos e realizam atendimentos individuais. Os grupos de Gestantes, Puericultura e Hiperdia são realizados mensalmente antes dos atendimentos programados para cada subgrupo, respectivamente. As temáticas são relacionadas com as dúvidas dos pacientes e costumam ocorrer por meio de palestras com pouca participação dos ouvintes.

A seguinte agenda é cumprida pelo médico e enfermeira da equipe:

Quadro nº 02: Agenda Programática do Médico da Equipe de Saúde Angustura, pertencente a UBS José Maria Cardoso Mayrink (Angustura), UBS Raimundo Joaquim Gonçalves (Fernando Lobo) UBS de Marinópolis

(Marinópolis) e UBS de Beira Rio (Beira Rio), localizadas no município de Além Paraíba, Minas Gerais.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã		Atendimento hiperdia e livre demanda e visita domiciliar na UBS Beira Rio.	Atendimento hiperdia, puericultura, pré-natal e livre demanda na UBS de Marinópolis.	Atendimento hiperdia, puericultura, pré-natal e livre demanda na UBS José Maria Cardoso Mayrink.	Atendimento hiperdia, livre demanda e visita domiciliar na UBS Raimundo Joaquim Gonçalves.
Tarde		Atendimento hiperdia, puericultura, pré-natal e livre demanda na UBS Raimundo Joaquim Gonçalves.	Atendimento livre demanda na UBS José Maria Cardoso Mayrink.	Atendimento livre demanda e visita domiciliar na UBS José Maria Cardoso Mayrink.	Atendimento hiperdia, livre demanda e visita domiciliar na UBS de Marinópolis.

Fonte: Autoria própria (2020)

Quadro nº 03: Agenda Programática da Enfermeira da Equipe de Saúde Angustura, pertencente a UBS José Maria Cardoso Mayrink (Angustura), UBS Raimundo Joaquim Gonçalves (Fernando Lobo), UBS de Marinópolis (Marinópolis) e UBS de Beira Rio (Beira Rio), localizadas no município de Além Paraíba, Minas Gerais.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Vacinação na UBS Beira Rio.	Vacinação, pré-natal, preventivo e puericultura na UBS Raimundo Joaquim Gonçalves.	Vacinação na UBS José Maria Cardoso Mayrink..	Supervisão de acolhimento, supervisão de pré-consulta, pré-natal, preventivo e puericultura na UBS José Maria Cardoso Mayrink.	Vacinação na UBS de Marinópolis.

Tarde	Vacinação, pré-natal, preventivo, puericultura e visita domiciliar na UBS Beira Rio.	Supervisão de acolhimento, supervisão de pré-consulta, pré-natal, preventivo, puericultura e visita domiciliar na UBS Raimundo Joaquim Gonçalves.	Supervisão de acolhimento, supervisão de pré-consulta, pré-natal, preventivo e puericultura na UBS José Maria Cardoso Mayrink.	Supervisão de acolhimento, supervisão de pré-consulta, pré-natal, preventivo, puericultura e visita domiciliar na UBS José Maria Cardoso Mayrink.	Supervisão de acolhimento, supervisão de pré-consulta, pré-natal, preventivo, puericultura e visita domiciliar na UBS de Marinópolis
-------	--	---	--	---	--

Fonte: Autoria própria (2020)

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

Por meio do método da estimativa rápida foram levantados os principais problemas existentes no território da unidade, os quais estão listados abaixo:

- Baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo
- Elevada prevalência de tabagismo
- Elevada prevalência de etilismo e uso de drogas ilícitas
- Elevado índice de Desemprego
- Baixo nível de escolaridade

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

Os problemas levantados pela Equipe de Saúde da Família foram classificados, de acordo com quadro a seguir:

Quadro 04: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita da Equipe de Saúde Angustura, pertencente a UBS José Maria Cardoso Mayrink (Angustura), UBS Raimundo Joaquim Gonçalves (Fernando Lobo) UBS de Marinópolis (Marinópolis) e UBS de Beira Rio (Beira Rio), localizadas no município de Além Paraíba, Minas Gerais

Principais problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção****
Baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo	Alta	10	Parcial	1
Elevada prevalência de Tabagismo	Alta	8	Parcial	2
Elevada prevalência de etilismo e abuso de drogas ilícitas	Média	6	Parcial	3
Elevado índice de Desemprego	Média	6	Fora	4
Baixo nível de escolaridade	Média	5	Fora	5

Fonte: Próprio autor (2020).

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos 10

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

JUSTIFICATIVA

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com o objetivo de permitir a promoção de políticas públicas efetivas, sustentáveis e com base em evidências científicas para a prevenção, o controle e o cuidado dessas doenças e seus fatores de risco (BRASIL, 2013).

O citado plano sustenta que o sucesso do tratamento depende da participação efetiva do usuário de forma ativa no processo saúde e doença, sendo importante considerar que o autocuidado com estilos e práticas de vida mais saudáveis, bem como a adesão ao tratamento, não depende somente de uma prescrição profissional, mas da conscientização do usuário sobre sua condição de saúde e a relação dela com suas práticas (BRASIL, 2013).

Sabidamente, as complicações causadas pela descompensação crônica da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) podem ser debilitantes ou ainda fatais, em alguns casos. Com vistas a minimizar o agravo de uma patologia que, muitas vezes, é de fácil resolução, quando aderida corretamente a terapêutica, e de baixo custo individual, já que na maioria dos casos é ofertada a medicação, é importante a identificação dos fatores que levam a uma população à não ou à parcial adesão à tratamentos indicados por uma equipe. Para tanto é de fundamental importância que quando identificados, sejam traçadas propostas de intervenção e prazos a serem cumpridos para resolução do problema.

Nota-se, no cotidiano da equipe, uma elevada procura de usuários hipertensos descompensados. Ao investigar a causa desse não controle, identifica-se que, muitas vezes, são devido à baixa adesão ao tratamento indicado. Essa não adesão ao tratamento na comunidade atendida em grande parte se dá pela resistência dos pacientes à múltipla terapêutica medicamentosa, à baixa escolaridade e desinformação dos mesmos. Tal fato é percebido pelas grandes oscilações de pressão arterial que os pacientes apresentam e também por conversas durante as consultas e visitas domiciliares nas quais os próprios pacientes confessam essa situação.

Diante de toda essa explanação vê-se a relevância de um estudo para demonstrar tal situação nesta unidade.

OBJETIVO

Propor um plano de intervenção para estimular a adesão do paciente portador de HAS, na área de abrangência da Equipe de Saúde Angustura, pertencente a UBS José Maria Cardoso Mayrink (Angustura), UBS Raimundo Joaquim Gonçalves (Fernando Lobo), UBS de Marinópolis (Marinópolis) e UBS de Beira Rio (Beira Rio), localizadas no município de Além Paraíba, Minas Gerais.

METODOLOGIA

Para elaborar o projeto de intervenção, foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES), utilizando como referência o texto de apoio Planejamento, Avaliação e Programação das ações em Saúde, para estimativa rápida dos problemas observados, definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações em saúde que serão desenvolvidas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

Além disso, foi realizada uma revisão bibliográfica nos bancos de dados *Scientific Electronic Library online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual de Saúde, do Ministério da Saúde, no período de 2010 a 2020, utilizando os seguintes descritores: Adesão à medicação; Hipertensão Arterial Sistêmica; Doenças Crônicas; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

Partindo do pressuposto de melhor abranger esta trajetória metodológica, dividimos então o caminhar bibliográfico em duas etapas. A primeira consistiu no levantamento das fontes bibliográficas existentes, seguida, da leitura exploratória do material encontrado, a fim de se ter uma visibilidade global do tema. Depois, procedemos a uma leitura crítica e seletiva da bibliografia selecionada, a qual permitiu determinar as literaturas de interesse e que caracterizavam os objetivos propostos.

Como forma de exclusão, descartamos os artigos que não foram publicados dentro destes dez anos, artigos que apresentavam fuga ao tema, artigos que se repetiam nas bases e ainda os que não se enquadravam dentro dos descritores utilizados.

A seleção dos artigos foi realizada através de consultas em periódicos indexados, estabelecendo-se critérios de busca através de leitura de resumos, a fim de identificar informações relevantes no que diz respeito do tema.

Para o refinamento dos artigos selecionados foi dividido em duas etapas, sendo elas:

Primeira: realizou-se a leitura dos resumos para verificar a existência, ou não de informações a respeito do tema e se estavam de acordo com o objetivo proposto, buscando observar nos resumos a temática pertinente, selecionando este para a leitura, e abstraindo as respostas ao objetivo, nesta etapa foram

identificados os dados de localização do artigo, ano e periódico de publicação, autor, método e resultado apresentado pelo autor.

Segunda: foi realizada a análise dos artigos, onde se operacionalizou os resultados de forma a sintetizá-los por similaridade de conteúdo.

Dessa forma, selecionamos as literaturas citadas a seguir para o embasamento teórico e conseqüentemente redação deste trabalho.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 A Estratégia De Saúde Da Família

O Brasil passou por importantes transformações no âmbito da assistência à saúde a partir 8ª Conferência Nacional de Saúde sendo a Atenção Básica o primeiro ponto de atenção à saúde e a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) – organizado nos níveis de atenção primária, secundária e terciária. Ela é caracterizada por um grupo de ações de saúde à nível individual e coletivo, abrangendo a promoção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, a diminuição de danos e a preservação da saúde com o intuito de desenvolver uma atenção integral, que reflita na saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (MORETTI; FEDOSSE, 2016).

A partir de 1994, o Brasil passou por um processo de implantação e ampliação das Estratégias de Saúde da Família (ESF) dos municípios pequenos e médios para os maiores e do Nordeste, assim como, para as demais regiões. Isso se fortaleceu com o aumento das transferências de recursos do Ministério da Saúde desde 1996, por meio da Norma Operacional Básica (NOB), com gestão semiplena (vinculação de incentivos financeiros por faixas de cobertura populacional e não mais por produção). Antes da NOB/1996, os municípios que mais produziam recebiam maiores recursos, de modo que as regiões mais pobres, com maiores dificuldades de instalação de rede assistencial eficiente recebiam menos, o que gerava uma desigualdade discrepante (MORETTI; FEDOSSE, 2016).

A ESF é compreendida como uma estratégia que reorienta o modelo assistencial com a implementação de equipes multiprofissionais em UBS. Tais equipes tem como responsabilidade o acompanhamento de um número definido de famílias, dispersas em uma determinada área geográfica e atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais recorrentes e na manutenção da saúde dessa comunidade (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010; Lopes *et al.*, 2015).

A ESF veio acompanhada de muitos benefícios, entre eles o que diz respeito ao processo de trabalho das equipes das UBS ampliando a resolubilidade e o impacto na situação de saúde das pessoas e das coletividades, além de permitir importante relação custo-efetividade (MORETTI; FEDOSSE, 2016).

Para Silva e seus colaboradores (2014) essa Estratégia confere muitas expectativas em relação a construção de um sistema de saúde mais justo e eficaz, pois permite maior aproximação com as demandas da população e busca novas formas de intervenção baseadas na promoção de saúde e prevenção de doenças. Infelizmente, também traz à tona um sistema de saúde com muitas precariedades, especialmente advindos de uma lógica voltada ao mercado da saúde e/ou que deixam como privilégio intervenções de alto custo tecnológico, muitas das vezes inacessíveis e ineficazes para a maioria das demandas da população.

No decorrer dos anos, em 2006, ocorreu a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, com isso houve regulamentação do financiamento e a fragmentação por cobertura populacional, que atrapalhava os grandes centros, foi superada. No entanto, apesar de ter sido corrigido, em parte, com a programação pactuada e integrada (repasso per capita, de parte dos recursos financeiros), ainda se manteve com operações assentadas nas diretrizes do período anterior. Porém, essa nova maneira de distribuição dos recursos não superou os problemas existentes, agravados pela intensa elitização e concentração dos profissionais da saúde nas regiões metropolitanas, nos grandes e médios municípios. Desse modo, as cidades mais carentes e mais distantes dos grandes centros, sofrem com o déficit de trabalhadores da saúde para suprir as necessidades de atendimento à população (MORETTI; FEDOSSE, 2016).

Serpa, Lima e Silva (2018) em seu artigo citam que em 1.º de abril de 2014, foi promulgada a Portaria n.º 483, cuja portaria redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado, em que oferece atenção integral à saúde através de ações que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado. E a portaria mostrou que nos seus objetivos

específicos, consta atuar no fortalecimento do conhecimento do usuário sobre suas doenças e na ampliação da sua capacidade de autocuidado e autonomia.

De acordo com a demanda de atendimentos nas UBSs, incluiu-se no SUS, uma ação programada de cuidado a essas doenças, denominada Hiperdia, o qual viabiliza um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos que gera informações para o acompanhamento da assistência a esses pacientes, principalmente com o intuito de garantir o recebimento dos medicamentos prescritos. Com isso, busca-se a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social, além de redefinir o perfil epidemiológico da população, a fim de desencadear estratégias de saúde pública para a modificação do quadro atual (ALBUQUERQUE *et al.*, 2016).

5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) considera-se diagnóstico de HAS quando em mais de uma medição, com equipamento adequado e segundo orientações gerais estabelecidas, o paciente apresenta Pressão Sistólica (PAS) igual ou maior que 140 mmHg e, ou Pressão Diastólica (PAD) igual ou maior que 90 mmHg. A qual está relacionada a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, o que causa aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; SERPA; LIMA; SILVA, 2018).

Quando nestes casos, deve-se proceder com medidas propedêuticas para esclarecimento de diagnósticos diferenciais ou se secundária a alguma comorbidade. Devidamente estabelecida como HAS primária, investiga-se lesão em órgãos alvo para determinar-se risco de comorbidade associadas em decorrência à cronicidade da comorbidade e podendo também fazer paralelo ao tempo da vigência da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Estima-se que no Brasil tenha em torno de 17 milhões de pessoas portadoras de HAS, o que representa 35% da população com mais de 40 anos. Pode-se dizer que é um número crescente e o surgimento está cada vez mais cedo (SERPA; LIMA; SILVA; 2018).

O crescimento da população idosa está diretamente associado ao aumento no número de casos de doenças crônicas no mundo e a HAS é a de maior prevalência até o ano de 2017, sendo mais presente em indivíduos do sexo feminino, em relação ao masculino (AIOLFI *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2019).

A HAS se apresenta como o principal fator reversível de doenças cardiovasculares. Sua ocorrência é causa comumente associada a perda de qualidade de vida ou mesmo morte, ocasionando altos custos ao sistema de saúde e à família quando não tratada de forma correta, apresentando-se este como um dos argumentos para se ter a devida atenção aos casos da comorbidade, principalmente, quando diagnosticado de forma precoce. (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Parte das consequências ocasionadas pela cronicidade da comorbidade referida, sem tratamento ou com má adesão ao mesmo, pode ser minimizada ou ainda evitada apenas com a mudança de hábitos de vida, associando-se então ao uso correto do fármaco indicado no início do tratamento, com o acompanhamento regular por meio de consultas periódicas e aferições do nível pressórico de forma regular. Isso permite identificar descompensação, bem como investigação de danos ocasionados pela comorbidade em órgãos alvo através de exames complementares, obedecendo protocolos (ANDRADE *et al.*, 2019).

Pacientes com hipertensão, em geral, apresentam maior frequência de comorbidades, como obesidade, diabetes mellitus, apneia obstrutiva do sono, história de doenças cardíacas, cerebrovasculares e renais. Considera-se essencial que os pacientes com hipertensão e possíveis condições clínicas associadas sejam adequadamente identificados. Para um tratamento eficaz, deve haver conscientização e interação dos pacientes com a equipe de saúde, seleção do tratamento farmacológico e não farmacológico e boa adesão ao tratamento, visando o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade desses pacientes de alto risco (MALACHIAS, 2020).

Segundo Serpa, Lima e Silva (2018) compreender a pessoa em sua totalidade é um grande desafio para o profissional da saúde, que pode ser um mediador que fornece ferramentas, para que o usuário gerencie sua saúde e assuma a responsabilidade sobre ela. Tal fato revela a importância de se

estimulem a autonomia e o empoderamento dos usuários, para que sejam capazes de criar suas próprias estratégias para lidarem com seus problemas e necessidades, de modo a favorecer o bem-estar e a melhor qualidade de vida.

A diabetes e a hipertensão são doenças que possuem pouca motivação por parte dos pacientes para adesão ao tratamento. Isso pode estar relacionado a ausência de desconforto físico imediato ou risco aparente para o paciente. Porém, ambas doenças precisam, para seu controle, de melhora nos hábitos de vida, com restrições alimentares relevantes e o uso regular de medicamentos, para garantir não a cura, mas o alívio ou retardo do aparecimento de complicações (ALBUQUERQUE *et al.*, 2016).

Vale destacar uma situação muito pertinente no dia a dia do médico, em relação ao tratamento medicamentoso, de que conscientizar o paciente sobre a aderência ao tratamento depende das características terapêuticas, das condições do paciente, seu engajamento com a equipe médica, a qualidade da terapia fornecida pelos profissionais de saúde, assim como as questões psicossociais e socioeconômicas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2016).

Albuquerque e seus colaboradores (2016) mostram em seu trabalho que a adesão é fundamental no tratamento medicamentoso de doenças crônicas como a hipertensão arterial e o diabetes, visando ao controle e à prevenção ou retardo no surgimento de complicações. Entretanto, a adesão de pacientes ao tratamento medicamentoso necessita de análise nos âmbitos geral, particular e singular, de modo que sua compreensão está associada ao processo saúde-doença: no âmbito geral, os processos estruturais da sociedade; no particular, os perfis de produção e consumo das variadas classes e frações de classes; e, por fim, no nível dos indivíduos a compreensão de fenômenos biológicos e comportamentais.

É considerado facilitador da adesão a terapêuticas sugeridas pela equipe, principalmente das não farmacológicas, o envolvimento familiar, uma vez que o interesse interpessoal dos que cercam o paciente pode promover o sentimento de autocuidado no mesmo. No entanto, quando tal relação não se é estabelecida nota-se que o paciente se sente responsável pelo controle da doença (BARRETO *et al.*, 2014).

PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo”, 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 PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado

A HAS se apresenta como principal fator desencadeante de comorbidade secundárias na área de abrangência da ESF Angustura, sendo assim, como no mundo, a doença crônica de maior prevalência nesta unidade. São residentes com diagnóstico de HAS, um total de 445 pacientes, contudo, não há estudo local relacionando o número de pacientes que tem uma má adesão ao tratamento. Nota-se, porém, que boa parte dos pacientes acompanhados não faz uso regular da medicação prescrita ou não aderem ao tratamento não medicamentoso.

6.2 Explicação do problema selecionado

Os fatores econômicos e sociais ligados à hábitos saudáveis e comportamentos de estresse podem ter ligação direta com o surgimento, desenvolvimento ou agravo de HAS, já que a mesma se apresenta como uma doença multifatorial. A falta de conhecimento acerca do assunto ou as consequências que podem se desencadear, caso a comorbidade não esteja controlada, por parte dos pacientes e familiares se mostra como principal influenciador à má adesão ao tratamento seja ele medicamentoso ou não. Além disso, há uma falta de percepção da seriedade e cronicidade do problema e ausência de sintomas em picos hipertensivos, bem como suas complicações.

6.3 Seleção dos nós críticos

-Baixo nível de informação quanto aos agravos ocasionados pela comorbidade.

-Dificuldade diagnóstica, uma vez que a comorbidade por não apresentar sintomatologia, ou ainda que os apresente, podem ser inespecíficos.

-Polifarmácia;

-Comunicação deficiente entre profissional e paciente;

6.4 Desenho das operações

A seguir, apresenta-se quadros referentes ao desenho das operações, por cada nó crítico, apresentado pela equipe de Saúde da Família Angustura, localizada no município Além Paraíba:

Quadro 05 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Angustura, do município Além Paraíba, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Baixo nível de informação quanto aos agravos ocasionados pela comorbidade.
6º passo: operação	Trazer o conhecimento da doença por meio dos profissionais de saúde.
6º passo: projeto	“Simplificando a Hipertensão”
6º passo: resultados esperados	Maior entendimento por parte da população sobre a comorbidade; maior adesão ao tratamento; diminuição na procura de atendimento médico devido às consequências da HAS.
6º passo: produtos esperados	Campanhas de conscientização e grupos operativos para expor aos pacientes portadores de comorbidades quais os possíveis agravos ocasionados pela descompensação crônica da HAS
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre tema. Financeiro: recursos para panfletos, folder. Político: articulação com rádios, com informações sobre tema descrito; mobilização social Estrutural: estrutura física da UBS e aparelhos para aferição da pressão arterial.

7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: conhecimento sobre tema. Político: Espaços em rádios, com informações sobre tema descrito.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Setor de comunicação social, secretaria de saúde e a equipe de saúde da família. Conscientizar a população sobre os riscos causados pela hipertensão arterial sistêmica e seus agravos e fazer uma abordagem de prevenção e tratamento.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Durante um ano o Médico e a coordenação da estratégia de saúde da família farão o acompanhamento
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Será monitorando mensalmente, por meio de questionários, pela secretaria de saúde com metas a serem cumpridas. Tendo o panorama semestral do trabalho estabelecido.

Fonte: Autoria própria (2020)

Quadro 06 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Angustura, do município Além Paraíba, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Dificuldade diagnóstica
6º passo: operação	Conscientizar a população sobre a importância da aferição rotineira de níveis pressóricos
6º passo: projeto	Diagnosticando a Hipertensão
6º passo: resultados esperados	Aumentar a cobertura diagnóstica nos moradores da comunidade Reduzir o número de complicações decorrentes do não controle adequado da hipertensão arterial
6º passo: produtos esperados	Busca ativa de pacientes prioritariamente com predisposição à HAS e aferição regular de PA dos mesmos segundo faixa etária (durante atendimento de rotina à grupos mais susceptíveis) Capacitação dos profissionais da saúde sobre a doença Consultas médicas voltadas para Hipertensão Arterial
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre tema. Financeiro: recursos para panfletos, folder. Político: articulação com rádios, com informações sobre tema descrito; mobilização social

7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: conhecimento sobre tema. Político: Espaços em rádios, com informações sobre tema descrito.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Setor de comunicação social, secretaria de saúde e a equipe de saúde da família. Palestras de conscientização, informação a população sobre riscos de não tratar a doença.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Equipe atuante da ESF juntamente com secretaria de saúde durante um ano.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Acompanhamento por meio de planilhas para identificar aumento do diagnóstico

Fonte: Autoria Própria

Quadro 07 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Angustura, do município Além Paraíba, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Polifarmácia
6º passo: operação	Conscientizar a população sobre a importância da terapia medicamentosa
6º passo: projeto	Tratando a hipertensão
6º passo: resultados esperados	Melhorar a adesão ao tratamento
6º passo: produtos esperados	Capacitação dos profissionais da saúde sobre a doença e maneiras de orientar os pacientes quanto aos muitos medicamentos e suas tomadas Consultas médicas voltadas para Hipertensão Arterial Orientação aos pacientes sobre as formas de tratamento medicamentoso
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre tema. Financeiro: recursos para panfletos, folder. Político: articulação com rádios, com informações sobre tema descrito; mobilização social

7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: conhecimento sobre tema. Financeiro: recursos para panfletos, folder. Político: Espaços em rádios, com informações sobre tema descrito.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Setor de comunicação social, secretaria de saúde e a equipe de saúde da família. Informação sobre a manutenção da terapêutica medicamentosa. Palestras de conscientização, informação a população sobre riscos de não tratar a doença.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Agentes comunitários juntamente com secretaria de saúde durante um ano.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Acompanhamento de dados do uso dos medicamentos pelos usuários hipertensos.

Quadro 08 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Comunicação deficiente”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Angustura, do município Além Paraíba, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Comunicação deficiente
6º passo: operação	Conscientizar a população e os agentes comunitários sobre a importância da doença e seus agravos
6º passo: projeto	Desmistificando a hipertensão
6º passo: resultados esperados	Reduzir o número de complicações decorrentes do não controle adequado da hipertensão arterial Melhorar a comunicação entre a equipe e os moradores
6º passo: produtos esperados	Capacitação dos profissionais da saúde sobre a doença Consultas médicas voltadas para Hipertensão Arterial Sensibilização sobre a humanização do atendimento
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre tema. Financeiro: recursos para panfletos, folder. Político: articulação com rádios, com informações sobre tema descrito; mobilização social
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: conhecimento sobre tema.

	Político: Espaços em rádios, com informações sobre tema descrito.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Setor de comunicação social, secretaria de saúde e a equipe de saúde da família. Palestras de conscientização, informação a população sobre riscos de não tratar a doença.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Agentes comunitários juntamente com secretaria de saúde durante um ano.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliar nível de informação dos usuários e relação profissional paciente, por meio de palestras de conscientização, informação a população sobre riscos da doença e da importância da comunicação interpessoal como forma de diminuição e detecção de agravos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos nós críticos vivenciados na UBS em questão, foi observado que com a adoção de tais medidas é possível melhorar a qualidade de vida dos moradores da comunidade. Não é um trabalho fácil, nem tampouco rápido, porém com determinação e dedicação se consegue obter bons resultados.

Nessa perspectiva, observa-se que a intervenção realizada nos pacientes do Hiperdia foi especialmente voltada para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso, no entanto, não contribui para melhoria da condição social do paciente e não contribui diretamente em nada para modificar a condição de precariedade daquela população, privada de muitos dos objetos produzidos pela humanidade. Tratam-se de pessoas com carências relacionadas a questões muito elementares, imprescindíveis para a realização da vida com dignidade, como a posse da terra ou da casa própria, o emprego, o salário suficiente, o saneamento ambiental, o controle de vetores, o acesso à escola, áreas de lazer, serviços de saúde e segurança, meios de transporte e comunicação.

Porém, no que tange ao objetivo proposto, este foi cumprido de forma a minimizar os efeitos da HAS mal controlada na população do estudo.

REFERÊNCIAS

AIOLFI, C.R. *et al.* Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 397-404, 2015.

ALBUQUERQUE, G.S.C. *et al.* Adesão de hipertensos e diabéticos analfabetos ao uso de medicamento a partir da prescrição pictográfica. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 611-624, 2016.

ANDRADE, M.V. *et al.* Análise da linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial: a experiência de um município de pequeno porte no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 36, e0104, 2019.

BARRETO, M.S. *et al.* Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.23, n.1, p. 38-46, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, 2013.

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C.H.; CREVELIM, M.A. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709-716, 2010.

FARIA, H.P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273pdf>. Acesso em: 06/07/20.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/alemparaiba/panorama>. Acesso em: 06/07/20.

LOPES, N.C. *et al.* Agentes comunitários de saúde: mapeamento de conhecimento antes e após oficinas de instrumentalização. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 683-694, 2015.

MALACHIAS, M.V.B. The Challenge of Controlling Resistant Hypertension. **Int. J. Cardiovasc. Sci.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 119-120, 2020 .

MORETTI, P.G.S.; FEDOSSE, E. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 241-247, 2016.

OLIVEIRA, B.L.C.A. *et al.* A influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por adultos hipertensos no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 23, 2020.

SANTOS, F.G.T. *et al.* Enfoque familiar e comunitário da Atenção Primária à Saúde a pessoas com Hipertensão Arterial. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 489-502, Apr. 2019.

SERPA, E.A.; LIMA, A.C.D.; SILVA, A.C.D. Terapia ocupacional e grupo hiperdia. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 3, p. 680-691, 2018.

SILVA, C.R.C. *et al.* Extensão universitária e prática dos agentes comunitários de saúde: acolhimento e aprendizado cidadão. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 677-688, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. v. 107., n.3., 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 06/07/20.