

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Eva Flores Pereira Gomes

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DOS PACIENTES ACRITOS A
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ALVIM ÁLVARES DA SILVA,
MUNICÍPIO MORADA NOVA DE MINAS, MINAS GERAIS**

Belo Horizonte - Minas Gerais

2020

Eva Flores Pereira Gomes

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DOS PACIENTES ADCRITOS A
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ALVIM ÁLVARES DA SILVA,
MUNICIPIOMORADA NOVA DE MINAS, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Profa. Dra. Andréa Gazzinelli

Belo Horizonte/Minas Gerais

2020

Eva Flores Pereira Gomes

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DOS PACIENTES ALCRITOS A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ALVIM ÁLVARES DA SILVA, MUNICIPIOMORADA NOVA DE MINAS, MINAS GERAIS

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

Orientadora: Professora Dra. Andréa Gazzinelli

Banca examinadora

Profa. Dra. Andréa Gazzinelli – Orientadora – (UFMG)

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 07/12/2020.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que me auxiliaram durante o percurso do curso, bem como à minha equipe da UBS Alvim Álvares da Silva, que mesmo em meio a tantos desajustes segue firme com o propósito de ajudar e cuidar do próximo.

Em especial agradeço a Profa. Dra. Andréa Gazzinelli, minha orientadora, que muito contribuiu para a construção do Plano de Intervenção aqui proposto.

RESUMO

A hipertensão é uma doença multifatorial, silenciosa, de difícil controle. Muitos usuários persistem com baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, elevando o risco de complicações do quadro hipertensivo. No município de Morada Nova de Minas, Minas Gerais a prevalência de não adesão é de 40%, principalmente de indivíduos do sexo masculino. O objetivo deste estudo foi, portanto, elaborar um projeto de intervenção baseado em ações educativas para informar, orientar e sensibilizar a população hipertensa sobre a importância da adesão ao tratamento da hipertensão na Unidade Básica de Saúde Alvim Álvares da Silva, município de Morada Nova de Minas, MG. Trata-se de um estudo desenvolvido a partir da metodologia proposta no Planejamento Estratégico Situacional em que foram realizadas as etapas: estimativa rápida de problemas, priorização dos problemas identificados, definição de nós críticos e elaboração das estratégias de enfrentamento. Foi realizada revisão bibliográfica nas bases de dados nacionais e internacionais para dar suporte a proposta. Com a implantação do projeto de intervenção espera-se melhor cuidado aos hipertensos adscritos, bem como maior sensibilização destes para necessidade de maior adesão ao tratamento e adoção de hábitos de vida mais saudáveis.

Palavras-chave: Hipertensão, Adesão à Medicação, Hábitos, Fatores de Risco, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Hypertension is a multifactorial, silent disease, difficult to control. Many users persist with low adherence to drug and non-drug treatment, increasing the risk of complications of hypertensive conditions. In the municipality of Morada Nova de Minas, Minas Gerais, the prevalence of non-adherence is 40%, mainly among males. The objective of this study was, therefore, to elaborate an intervention project based on educational actions to inform, guide and sensitize the hypertensive population about the importance of adherence to the treatment of hypertension in the Basic Health Unit Alvim Álvares da Silva, municipality of Morada Nova de Minas, MG. This is a study developed from the methodology proposed in the Situational Strategic Planning in which the steps were carried out: rapid problem estimation, prioritization of identified problems, definition of critical nodes and elaboration of coping strategies. Bibliographic review was carried out in national and international databases to support the proposal. With the implementation of the intervention project, better care is expected for the hypertensive patients enrolled, as well as greater awareness of these patients for the need for greater adherence to treatment and adoption of healthier lifestyle habits.

Keywords: Hypertension, Medication Adherence, Habits, Risk Factors, Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Estratégia de Saúde da Família Alvim Alvares da Silva, município de Morada Nova de Minas, estado de Minas Gerais. 10
- Quadro 2** - Número de usuários com HAS e não aderentes ao tratamento na Estratégia Saúde da Família Alvim Alvares da Silva, município de Morada Nova de Minas, Minas Gerais. 18
- Quadro 3** - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado a baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial na Unidade de Saúde da Equipe Alvim Alvares da Silva, do município Morada Nova de Minas, estado de Minas Gerais. 20
- Quadro 4** - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado a baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial na Unidade de Saúde da Equipe Alvim Alvares da Silva, do município Morada Nova de Minas, estado de Minas Gerais. 21
- Quadro 5** - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado a baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial na Unidade de Saúde da Equipe Alvim Alvares da Silva, do município Morada Nova de Minas, estado de Minas Gerais. 30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CISCOM	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Centro Oeste Mineiro
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
DCV	Doenças Cardiovasculares
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Município
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
1.1 Aspectos gerais do município	06
1.2 O sistema municipal de saúde	06
1.3 Aspectos da comunidade	08
1.4 A Unidade Básica de Saúde Alvim Álvares da Silva	08
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Alvim Álvares da Silva	08
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Alvim Álvares da Silva	09
1.7 O dia a dia da equipe Alvim Álvares da Silva	09
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	10
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	10
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo geral	14
3.2 Objetivos específicos	14
4 METODOLOGIA	15
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
5.1. Aspectos gerais da hipertensão	16
5.2. Atenção primária à saúde e adesão ao tratamento da hipertensão	17
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	19
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	19
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	19
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	20
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)	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O município de Morada Nova de Minas, está localizado no estado de Minas Gerais, possui uma população estimada para 2020, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 8.910 habitantes, uma área territorial de 2.084,3 km² e uma densidade demográfica de 3,96 hab/km². Está localizada a 588 metros de altitude com coordenadas geográficas de Latitude: 18° 35' 46" Sul e Longitude: 45° 20' 47" Oeste. Possui um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,696, considerado médio (IBGE, 2010).

Foi distrito de Abaeté e chamava, nesta época de Nossa Senhora do Loreto de Morada Nova. Em 1943 desmembrou de Abaeté, passando a condição de município com o nome de Morada e em 1953 passou a se chamar Morada Nova de Minas. Nessa época a agricultura, pecuária e silvicultura eram as atividades mais importantes, mas a inundação decorrente da barragem de Três Marias mudou este cenário. Após a inundação houve um êxodo grande de moradores que acarretou uma redução de praticamente metade da população ao longo de 50 anos. Ocorreu, também, uma mudança de atividade econômica para pequenas indústrias e comércio. É um município que atrai muitos turistas devido às festas tradicionais, como a Festa do Carreiro e a Exposição Agropecuária (PREFEITURA MUNICIPAL DE MORADA NOVA DE MINAS, 2017).

Possui mais de 90% da população alfabetizada e conta com uma rede pública de ensino com 1º e 2º grau de formação (IBGE, 2010). Em relação a infraestrutura, o município de Nova Morada de Minas possui uma rede de água de captação, tratamento e distribuição para a zona urbana de responsabilidade da Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA). Já a distribuição de água para a zona rural, é realizada por meio de poços artesianos implantados pela prefeitura municipal. O município é ainda beneficiado com a rede de tratamento e esgoto sanitário que se preocupa com a preservação ambiental. Ademais, as construções domiciliares em sua maioria são de tijolos, mas há ainda casas construídas com taipa revestida e não revestida, madeira e materiais aproveitados.

1.2 O sistema municipal de saúde

O município conta com três unidades básicas de saúde (UBS) que cobrem 100% da

população das zonas rural e urbana e todas possuem equipe completa composta por médico, enfermeira, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), profissionais de saúde bucal e técnica de enfermagem para imunização. Além disto, há ainda uma recepcionista e um segurança. O município conta ainda com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que inclui profissionais de nutrição, fonoaudiologia, psicologia e profissional da educação física.

Os principais pontos de atenção à saúde e sistemas de apoio e logístico são o Hospital Casa de Caridade São Sebastião, quatro postos de saúde, além das três UBS já mencionadas anteriormente. O centro odontológico municipal está localizado na parte central do município e possui uma equipe de profissionais composta por um recepcionista, um auxiliar de saúde bucal e um protético que desenvolvem próteses parciais e totais para a população e também oferece serviço de escovação supervisionada para os estudantes da rede municipal.

Os pontos de atenção à saúde no nível secundário contam com serviço de ortopedia, clínica geral, pediatria, obstetrícia e ginecologia, cardiologia e psiquiatria. Os sistemas de apoio contam com os serviços disponíveis de radiologia, fisioterapia, análises clínicas, eletrocardiograma, ultrassonografias, radiografias e exames laboratoriais. Há, ainda, consultas básicas e programa de controle de doenças crônicas e infectocontagiosas. O município possui uma unidade de farmácia, além de cinco da rede privada. Possui, também, serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, de situação de saúde e ambiental. O transporte de pacientes é realizado por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) quando necessário.

O modelo de atenção predominante é a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Quando algum paciente necessita ser referenciado para atendimento com especialista, é feito o encaminhamento por meio do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e a partir disto, a secretaria de saúde do município faz a marcação da consulta pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Centro Oeste Mineiro (CISCOM). O município não conta com Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em funcionamento.

Em relação a situação geral de saúde do município, os óbitos registrados no ano de 2016 foram 51, sendo 29 de homens e 21 de mulheres. As principais causas foram pneumonia, insuficiência respiratória e causas indefinidas. As principais morbidades presentes estão relacionadas com doenças do aparelho cardiovascular, do aparelho digestivo, endocrinológicas, metabólicas e outras. As equipes de saúde trabalham de forma coesa e eficiente na prevenção de agravos e na redução de danos. Os pacientes que necessitam de encaminhamento são referenciados para o Hospital Casa de Caridade São Sebastião.

1.3 Aspectos da comunidade

A comunidade assistida pela Unidade básica de Saúde Alvim Álvares da Silva, é composta principalmente por usuários de baixo poder aquisitivo. São usuários do Sistema Único de Saúde e bastante envolvidos em ações culturais e religiosas, como festas da igreja, que representam grande parte do lazer na comunidade. Além das tradicionais festas típicas como a Feira do Peixe, Festa do Carreiro e Exposição Agropecuária.

O território possui algumas ruas sem calçamento e iluminação adequados, e diversos lotes vagos, mas com pouco acúmulo de lixo nesses. O bairro possui rede de água tratada, embora boa parte dos moradores tenha também cisternas.

A maior parte dos domicílios possui fossas, algumas construídas de forma precária, o que pode propiciar poluição de solo e lençóis freáticos. O lixo só é coletado nas ruas principais do bairro, não há dados tabelados sobre coleta e destinação do lixo, bem como esgotamento sanitário e abastecimento de água.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Alvim Álvares da Silva

A UBS Alvim Álvares da Silva está localizada no centro da cidade, na Rua Frei Orlando Nº 574, em um prédio próprio em ótimo estado de conservação. A UBS possui uma boa estrutura física com consultórios, recepção, cozinha e sala de vacina. A unidade atende a população de zona urbana e rural e é de fácil acesso, especialmente, da população urbana. Na estrutura da UBS existem dois consultórios (médico e de enfermagem), uma sala de atendimento odontológico, sala de curativos, sala dos ACS, sala de reuniões, além de recepção, cozinha, e banheiros.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Alvim Alvares da Silva

A equipe Saúde da Família (eSF) é composta por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, uma recepcionista e dois funcionários de serviço. O município conta, ainda, com o apoio do NASF tipo II e com profissionais de fonoaudiologia, psicologia, nutrição e profissional da educação física. A relação com a população é satisfatória e a equipe desenvolve ações de prevenção e promoção

da saúde junto à comunidade e realiza grupos operativos mensais com hipertensos, diabéticos e gestantes. A eSF é responsável por 2.435 indivíduos em um total de 580 famílias distribuídos em seis microáreas.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Alvim Alvares da Silva

A unidade funciona de 8 às 17 horas, de segundas às sextas feiras. Toda primeira quinta-feira do mês são realizadas reuniões da equipe para traçar metas e fazer o planejamento para o mês seguinte. A equipe de saúde fornece serviços de aplicação de vacinas e medicamentos, visitas domiciliares, exame preventivo, puericultura, pré-natal e outros.

Como a UBS fica localizada na zona central do município muitas vezes a população da zona rural se desloca até a mesma para atendimento, sobretudo quanto há falta de médicos nas unidades da região rural. O acesso é difícil em determinadas localidades, sendo que em alguns povoados a maneira mais fácil de chegar a região central do município se dá por travessia de balsa, como nos casos de Pindaíbas e Traçadal.

1.7 O dia a dia da equipe Alvim Alvares da Silva

A equipe de saúde trabalha diariamente de 8 às 17 horas com uma carga horária de 40 horas semanais. As consultas são agendadas pelos ACS e também na recepção. Além disso, são disponibilizadas duas vagas para atendimento da demanda espontânea no período da manhã e duas no período da tarde. São atendidas aproximadamente dez pessoas no período da manhã e seis no período da tarde. As visitas domiciliares acontecem geralmente às sextas feiras e, quando há necessidade de atendimento imediato que impeça a saída do médico ou enfermeira, são realizadas em outros dias da semana.

As ações de educação em saúde são realizadas de acordo com as principais demandas da comunidade. São discutidos temas com a população em salas de espera, feitas palestras e orientações individuais durante as consultas. Há, ainda, grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes. Uma vez ao mês há atendimento de pediatria e ginecologia na Unidade. A Unidade realiza o dia do trabalhador com horário exclusivo de 12:00 às 20:00 toda primeira quinta-feira do mês.

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

Após análise dos dados coletados pelos ACS, revisão de prontuários e análise dos dados disponíveis no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), foram identificados cinco problemas prioritários:

- Hipertensos que não aderem ao tratamento;
- Diabéticos que não aderem ao tratamento;
- Número elevado de usuários com distúrbios mentais;
- Estresse entre os profissionais da equipe;
- Consumo elevado de entorpecentes por adolescentes.

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

Uma vez realizada a estimativa rápida dos problemas, os mesmos foram analisados quanto aos critérios de transcendência (importância), urgência e capacidade de enfrentamento, conforme o Quadro 1, abaixo:

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Estratégia de Saúde da Família Alvim Alvares da Silva, município de Morada Nova de Minas, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Priorização****
Hipertensos que não aderem ao tratamento	Alta	9	Parcial	1
Diabéticos que não aderem ao tratamento	Alta	7	Parcial	2
Número elevado de usuários com distúrbios mentais	Alta	6	Parcial	3
Estresse entre os profissionais da equipe	Alta	4	Parcial	4
Consumo de entorpecentes pelos adolescentes	Alta	4	Parcial	5

Fonte: autoria própria, 2020.

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

A equipe decidiu por eleger, como principal problema a ser enfrentado, a falta de adesão ao tratamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica. Esta decisão teve,

como base, o número alto de usuários hipertensos e que permanecem com hábitos de vida inadequados que influenciam diretamente no agravamento da doença. Entre estes hábitos estão o tabagismo, etilismo, nutrição inadequada rica em sódio e sedentarismo.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública pelo fato de apresentar uma das maiores causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo. A assistência ao usuário hipertenso é um dos desafios das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), tendo em vista o aumento da prevalência decorrente, em grande parte, do envelhecimento da população.

É uma doença multifatorial, com determinantes biológicos e socioculturais (TAVARES, 2013). Apesar disso, o controle da HAS não é complexo e baseia-se no tratamento medicamentoso e não medicamentoso que inclui basicamente mudança dos hábitos de vida. Mas a cronicidade da doença, a ausência de sintomas e o número maior de medicamentos que geralmente é usado para o controle influenciam negativamente na adesão ao tratamento (BARRETO *et al.*, 2015; GEWEHR *et al.*, 2018). Por este motivo, é importante elaborar ações em saúde que possam impactar de forma significativa na vida desta população e evitar as complicações da doença, principalmente as cardiovasculares. Sendo assim, a equipe da atenção básica configura-se com um meio de articulação para as ações de saúde (GIRÃO, 2016).

Na comunidade da área adstrita da Estratégia de Saúde da Família Alvim Alvares da Silva o quadro é preocupante. Existem 312 usuários hipertensos, sendo que destes 125 (40%) são não aderentes ao tratamento proposto. Dentre os usuários não aderentes 88 (70%) são homens.

É necessário, portanto, que a eSF atue de forma eficaz com proposição e implementação de ações urgentes, entre elas conhecer os usuários e identificar os fatores da falta de adesão ao tratamento. É necessário, para isso, levar em consideração os recursos existentes e a capacidade de enfrentamento da equipe de saúde da família Alvim Álvares da Silva. Todos os recursos necessários já se encontram disponíveis no âmbito da Atenção Primária à Saúde do município de Morada Nova de Minas, Minas Gerais.

Cabe a ela a adoção de novas propostas que possibilitem a promoção do cuidado à saúde junto aos usuários hipertensos. Para isso, a eSF deve buscar compreender a realidade dessa população, a fim de implementar estratégias para melhorar a adesão ao tratamento farmacológico e aos hábitos de vida saudáveis, e minimizar as possíveis complicações que possam surgir, como por exemplo as doenças cardiovasculares que, além de comprometer a qualidade de vida do doente acarretam um ônus socioeconômico elevado para o paciente, sua família e sociedade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção baseado em ações educativas para informar, orientar e sensibilizar a população hipertensa sobre a importância da adesão ao tratamento da hipertensão na Unidade Básica de Saúde Alvim Álvares da Silva, município de Morada Nova de Minas, MG.

3.2 Objetivos específicos

Estimular a adoção de hábitos nutricionais adequados na população portadora de HAS.

Promover ações de atividades físicas orientadas por um profissional de educação física.

Desenvolver ações de educação sobre a Hipertensão Arterial, a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e como prevenir.

Sensibilizar os hipertensos sobre os riscos associados à hábitos deletérios como tabagismo e etilismo.

4 METODOLOGIA

Para concepção desde projeto de intervenção utilizou-se o Método de Estimativa Rápida, visando a identificação de problemas existentes no território. Posteriormente, os problemas elencados foram priorizados considerando os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento, conforme preceitos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (Faria; Campos; Santos, 2018).

Visando melhor aprofundamento teórico, procedeu-se ainda, a uma revisão bibliográfica sobre o problema prioritário, nas bases de dados vincularas à *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) , *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), além de documentos de órgãos públicos (Ministérios, Secretarias, etc.) e *sites* do IBGE. A busca por literatura se deu com os descritores em ciências da saúde (DeCS): Hipertensão, Adesão à Medicação, Hábitos, Fatores de Risco, Atenção Primária à Saúde.

Finalmente foi feito o desenho das operações. Para cada causa selecionada como “núcleo crítico” foram elaboradas as operações, o projeto, os resultados esperados, os produtos esperados e os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Aspectos gerais da hipertensão

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, pelo fato de apresentar uma das maiores causas de morbimortalidade e ser considerada um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV). As DCV atingem mais de 1,39 bilhão de pessoas no mundo e acarretam 10 milhões de mortes evitáveis a cada ano, além de invalidez parcial ou total (MILLS *et al.*, 2016).

É considerada uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) de progressão lenta e caracterizada por aumento persistente dos níveis de pressão arterial (PA $\geq 140 \times 90$ mmHg). De acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (MALACHIAS *et al.*, 2016) a hipertensão é classificada como:

- Normal: Pressão Arterial Sistólica (PAS) ≤ 120 mmHg e Pressão Arterial Diastólica (PAD) ≤ 80 mmHg;
- Pré-hipertensão: PAS entre 121-139 mmHg e PAD entre 81-89 mmHg;
- Hipertensão estágio 1: PAS entre 140 e 159 mmHg e PAD entre 90 e 99 mmHg;
- Hipertensão estágio 2 PAS entre 160 e 179 mmHg e PAD entre 100 e 109 mmHg;
- Hipertensão estágio 3: PAS ≥ 180 mmHg e PAD ≥ 110 mmHg.

Considerando o panorama mais geral, sabe-se que as DCNT são doenças caracterizadas pela sua forma de progressão, que tende a ser assintomática e, na maioria das vezes paulatina, e são fortemente influenciadas pelos hábitos de vida do indivíduo (LIMA *et al.*, 2016). Este conjunto de doenças é responsável pela maior taxa de morbidade do mundo, com uma taxa de óbitos que chega a 63% da mortalidade global. Além disso, comprometem a qualidade de vida dos indivíduos e provocam limitações e incapacidades. Dentre as DCNT, as principais incluem as doenças do aparelho respiratório, as neoplasias, os acometimentos endócrinos e as doenças do aparelho circulatório (MALTA *et al.*, 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) as doenças que acometem o aparelho cardiovascular foram as principais causas de óbito no período de 2000 a 2012 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). No Brasil, apesar da redução das taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares ao longo dos anos, ainda permanecem como sendo a principal causa de morte em 2011 (MALTA *et al.*, 2014).

A Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD) realizada nos anos de 1998, 2003 e 2008 mostrou que houve um aumento da prevalência de hipertensão ao longo destes anos, que passou de 18,1% a 20,9%, associada a baixos níveis de escolaridade, mulheres de baixa renda e homens com renda mais elevada (LOBO *et al.*, 2017). A PNAD de 2013 mostrou uma prevalência da hipertensão de 21,4% nos adultos brasileiros, principalmente entre mulheres, pessoas com mais de 70 anos de idade, com baixa escolaridade, de cor preta, residentes em zona urbana e no Sudeste (ANDRADE *et al.*, 2015). Este aumento na prevalência foi confirmado pelos resultados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que mostraram uma prevalência na população brasileira em 2018 de 24,7%, que pode chegar a 75% nos idosos com mais de 70 anos (BRASIL, 2019).

Este aumento da prevalência de HAS ao longo dos anos mostra a necessidade de ações que possam atuar diretamente na vida da população com o intuito de promover educação em saúde, prevenir agravos, reduzir danos, reabilitar e estimular mudança nos hábitos de vida da população. Estas ações são relevantes tendo em vista que a hipertensão é fortemente influenciada por hábitos como o sedentarismo, tabagismo, etilismo e também por fatores como a obesidade, dislipidemia e aumento da circunferência abdominal (GARCIA *et al.*, 2017).

5.2 Atenção primária à saúde e adesão ao tratamento da hipertensão

A adesão ao tratamento da HAS significa a manutenção de hábitos de vida adequados (prática de exercício, alimentação equilibrada, controle do peso e combate ao etilismo e tabagismo) e a utilização correta dos medicamentos prescritos (MALACHIAS *et al.*, 2016). Existem fatores que podem influenciar a não adesão ao tratamento da HAS, como o baixo nível socioeconômico, a baixa escolaridade, as crenças, a ausência de sintomas, os fatores culturais, a pouca informação sobre a doença, a linguagem inacessível entre equipe de saúde e paciente, além de relações instáveis e com pouco vínculo e confiabilidade (TAVARES *et al.*, 2013).

Nesta perspectiva, a Atenção Primária a Saúde configura-se como parte importante do processo de cuidado, pois é considerada porta de entrada aos serviços de saúde e detém as ferramentas capazes de estimular a população a aderir ao tratamento da HAS obtendo, assim, melhora clínica e da qualidade de vida e redução dos danos causados pela doença. Através de mudanças no estilo de vida e também da utilização correta da medicação prescrita, é possível

obter-se uma melhor resposta clínica ao tratamento com o controle dos níveis pressóricos (RAMOS; FILHA; SILVA, 2015; GEWEHR *et al.*, 2018).

Entre as principais estratégias que podem ser oferecidas pela Atenção Básica, está o Hiperdia, grupo de apoio a hipertensos e diabéticos. O Hiperdia tem como objetivo principal acompanhar os hipertensos e diabéticos captados no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes *mellitus* (DM). Investiga os principais fatores de adoecimento, monitora as taxas de glicemia e pressão arterial, realiza educação em saúde e fornece medicações sempre que necessário (SANTOS; SILVA; MARCON, 2018). Este plano de reorganização busca estabelecer diretrizes e metas para a atenção aos portadores de HAS e DM no SUS, reestruturando e ampliando o atendimento básico voltado para a hipertensão e o diabetes mellitus. A ênfase é na prevenção primária, na ampliação do diagnóstico precoce e na vinculação de portadores à rede básica de saúde (BRASIL, 2001).

A literatura tem mostrado que os pacientes com HAS, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, em geral, não aderem à farmacoterapia e possuem conhecimento insatisfatório sobre a doença. Os fatores mais comuns associados à não adesão são a farmacoterapia complexa, conhecimento insatisfatório sobre a doença e insatisfação com o serviço de saúde, depressão, baixo nível educacional e usos de chás e medicamentos caseiros (BARRETO; REINERS; MARCON, 2014; BOIMA, 2014). Entre os idosos, a adesão é melhor na faixa etária de 60 a 80 anos. Nos pacientes com mais de 80 anos, piora bastante. Os fatores de risco são a redução da habilidade cognitiva, depressão e crenças relacionadas a saúde, além dos fatores de risco clássicos (BURNIER; POLYCHRONOPOULOU; WUERZNER, 2020).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

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

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações para cada causa selecionada, como “nós críticos”, operações, projeto, resultados esperados, produtos esperados, recursos necessários para a concretização das operações (cognitivos, financeiros e políticos).

6.1 Descrição do problema selecionado

A baixa adesão ao tratamento da hipertensão foi selecionada como problema prioritário devido a quantidade de pacientes hipertensos não controlados que permanecem com hábitos de vida inadequados (tabagismo, etilismo, nutrição inadequada rica em sódio e sedentarismo) e que não fazem o uso correto da medicação, o que influencia diretamente no agravamento da doença. A Estratégia de Saúde da Família Alvim Alvares da Silva possui 312 pacientes hipertensos, sendo que destes 125 são não aderentes ao tratamento proposto (Quadro 2).

Quadro 2 - Número de usuários com HAS e não aderentes ao tratamento na Estratégia Saúde da Família Alvim Alvares da Silva, município de Morada Nova de Minas, Minas Gerais.

Dados	Número de usuários	TOTAL
Número de usuários com HAS	312	
Número de usuários não aderentes ao tratamento	Homens: 88	125 (40%)
	Mulheres: 37	

Fonte: Dados da equipe (2019).

6.2 Explicação do problema selecionado

Aderir ao tratamento medicamentoso e manter hábitos de vida saudáveis são fundamentais para que a HAS seja controlada e também para prevenir seu agravamento. Por isto, evitar o consumo exagerado de sódio, realizar atividade física contínua, evitar o tabagismo e o etilismo, são ações fundamentais para o tratamento (PEREIRA *et al.*, 2015). A equipe precisa estar ciente de como incentivar a execução dessas ações para prevenção e melhoria do controle da HAS.

Diante disto, a equipe decidiu por eleger como principal problema a ser enfrentado a falta de adesão ao tratamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica. Isto porque a quantidade de pacientes hipertensos e que permanecem com hábitos de vida inadequados (uso excessivo de tabaco e etilismo, nutrição inadequada rica em sódio e sedentarismo) e que fazem uso incorreto da medicação são muitos.

6.3 Seleção dos nós críticos

Os principais nós críticos do problema selecionado pela equipe de saúde foram:

- Conhecimento precário da população sobre a hipertensão arterial, os fatores de risco e o uso correto da medicação. A maioria dos usuários possui um nível educacional baixo, o que dificulta também o uso correto da medicação.
- Hábitos de vida inadequados e dificuldade de mudança desses hábitos o que é agravado pelas condições socioeconômicas baixas da população.
- Dificuldade da equipe de saúde para estimular os usuários hipertensos a comparecer às consultas individuais de controle e grupos operativos. A maior parte dos não aderentes são homens que provavelmente trabalham e não conseguem comparecer as consultas por causa dos horários de funcionamento da UBS.

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

Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial” na população sob responsabilidade da Unidade de Saúde da Equipe Alvim Alvares da Silva, do município Morada Nova de Minas, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Conhecimento precário da população sobre a hipertensão arterial, os fatores de risco e o uso correto da medicação.
6º passo: operação	Ações educativas para a população sobre a HAS, seus fatores de risco, complicações e uso correto da medicação
6º passo: projeto	Informar é preciso
6º passo: resultados esperados	Sensibilizar no mínimo 80% da população de hipertensos não aderentes sobre a importância da realização da regularidade no tratamento, e adoção de hábitos saudáveis e uso correto da medicação.
6º passo: produtos esperados	Rodas de conversa quinzenais no grupo Hiperdia Estratégias para facilitar compreensão sobre uso correto da medicação
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Profissional de saúde com conhecimento sobre o tema a ser tratado para ações educativas Financeiro: Recursos financeiros para material educativo Político: Mobilização e participação social
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Profissional de saúde com conhecimento sobre o tema a ser tratado para ações educativas Financeiro: Impressão de material educativo e para estratégias para facilitar compreensão sobre medicamentos
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsável: Equipe Saúde da Família Motivação: Favorável Ações de estímulo: Reunião com gestor
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Organização das ações educativas: Médica e enfermeira Prazo: 04 meses para organização, 06 meses para execução.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Lista de presença Coleta de depoimentos e sugestões

Fonte: autoria própria, 2020.

Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial” na população sob responsabilidade da Unidade de Saúde da Equipe Alvim Alvares da Silva, do município Morada Nova de Minas, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Hábitos de vida inadequados e dificuldade de mudança desses hábitos o que é agravado pelo baixo nível socioeconômico população
6º passo: operação	Promover hábitos de vida saudáveis e sensibilizar os hipertensos para necessidade de maior adesão ao tratamento
6º passo: projeto	Cuide-se!
6º passo: resultados esperados	Envolver no mínimo 80% dos hipertensos nas oficinas de autocuidado.
6º passo: produtos esperados	Orientações individualizadas Oficinas de autocuidado, com intervalos quinzenais, envolvendo as temáticas: - Oficina de nutrição saudável - Oficina de elementos pictográficos (construção de caixas de medicamentos) - Oficina de sinais de alerta - Oficina de atividades físicas
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Profissionais da saúde com conhecimento sobre o tema Estrutural: Sala para ações educativas e atendimento nutricional Financeiro: impressão de cartazes, panfletos e alimentos, e materiais para caixas de medicamentos Político: Mobilização social
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Financeiro: impressão de cartazes, panfletos e alimentos, e materiais para caixas de medicamentos.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsável: Secretaria municipal de saúde Motivação: Favorável Ações de estímulo: Reunião com gestão, apresentação do projeto
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	A cada oficina haverá um profissional da eSF responsável, além de outro profissional convidado (nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo) Prazo: 03 meses para planejamento e 06 meses para execução das ações educativas.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Lista de presença Coleta de depoimentos e sugestões

Fonte: autoria própria, 2020.

Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial” na população sob responsabilidade da Unidade de Saúde da Equipe Alvim Alvares da Silva, do município Morada Nova de Minas, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Dificuldade da equipe de saúde para estimular os usuários hipertensos a comparecer às consultas individuais de controle e grupos operativos.
6º passo: operação	Sensibilizar a equipe para necessidade de melhorar o acolhimento, a orientação e a acessibilidade dos hipertensos as consultas médicas e de enfermagem.
6º passo: projeto	Melhorando o cuidado
6º passo: resultados esperados	Envolver no mínimo 90% dos profissionais nas reuniões de sensibilização e na captação dos hipertensos para as consultas individuais e grupos operativos
6º passo: produtos esperados	Reuniões com a equipe com intervalos quinzenais e agenda para consulta dos hipertensos com médico e enfermeiro
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema Estrutural: Sala para reuniões Político: Adesão dos profissionais e dos usuários hipertensos
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Adesão dos profissionais e dos usuários hipertensos
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsável: eSF Motivação: Favorável Ações de estímulo: Agendamento prévio, lanches, brindes.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Responsável: Médica Prazo: 02 meses para planejamento e 02 meses para execução das reuniões
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Lista de espera Coleta de depoimentos e sugestões

Fonte: autoria própria, 2020.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o envelhecimento da população e mudanças no perfil epidemiológico torna-se essencial que a eSF repense suas estratégias e processos assistenciais relacionados à HAS, visando maior resolutividade do cuidado, promoção da saúde e orientação da população. Com a implantação do projeto de intervenção espera-se um melhor cuidado aos hipertensos adscritos, bem como maior sensibilização destes para necessidade de maior adesão ao tratamento e adoção de hábitos de vida mais saudáveis.

REFERENCIAS

ANDRADE, S.S.A. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 2, p. 297-304, 2015.

BARRETO, M. S.; REINERS, A. A. O.; MARCON, S. S. Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v. 22, n. 3, p.491-8, 2014.

BARRETO, M. S. *et al.* Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. **Rev Bras Enferm.** v. 68, n. 1, p. 60-67, 2015.

BOIMA, V. Factors associated with medication nonadherence among hypertensives in Ghana and Nigeria. **Int. J. Hypertens**, v. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Campanha Nacional de Detecção de Suspeitos de Diabetes Mellitus. Relatório Técnico. 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reorganizacao_campanha.pdf. Acesso em: 3 ago 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf> Acesso em: 28 jan. 2019.

BURNIER, M.; POLYCHRONOPOULOU, E.; WUERZNER, G. Hypertension and drug adherence in the elderly. **Front. Cardiovasc. Med.**, v. 7, n. 49, 2020.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 10 ago 2020.

GARCIA, G.T. *et al.* Grau de Concordância entre Instrumentos de Estratificação de Risco Cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 108, n. 5, p. 427-435, 2017.

GEWEHR, D.M. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, v.42, n.116, p.179-190, 2018.

GIRÃO, A.L. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 2, n. 37, e60015, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo demográfico de 2010**. Dados referentes ao Município de Morada de Minas. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/morada-nova-de-minas/panorama>. Acesso em: 5 julho 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/morada-nova-de-minas/panorama>.

LIMA, D.B.S. *et al.* Associação entre adesão ao tratamento e tipos de complicações cardiovasculares em pessoas com hipertensão arterial. **Rev. Gestão Sist. Saúde**, v. 25, n. 3, p. 29-39, 2016.

LOBO, L.A.C. *et al.* Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 6, p. 126-134, 2017.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 107, n. 3 Supl. 3, p.35-43, 2016.

MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol Serv Saude**, v. 23, n. 4, p. 599-608, 2014.

MALTA, D.C. *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 22, e190030, p. 1-13, 2019.

MILLS, K.T. *et al.* Global disparities of hypertension prevalence and control clinical perspective. **Circulation**, v. 134, n.6, p. 441–50, 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MORADA NOVA DE MINAS. 2017. Disponível em: <https://www.moradanova.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/historia/6495>. Acesso em: 5 jul 2020.

RAMOS, J. S.; CARVALHO-FILHA, F. S. S.; SILVA, R. N. A. Avaliação da adesão ao tratamento por idosos cadastrados no programa do hiperdia. **Rev. Gestão Sist. Saúde**, v. 4, n.1, p. 29-39, 2015.

SANTOS, A.L.; SILVA, E.M.; MARCON, S.S. Assistência a pessoas com diabetes no hiperdia: potencialidades e limites na perspectiva de enfermeiros. **Texto Contexto - Enferm.**, v. 27, n. 1, 2018.

TAVARES, N. U. L. *et al.* Fatores associados a baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p.1092-101, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health statistics and information systems. Geneva: World Health Organization; 2014. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em 5 jul 2020.