

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARIA BETHÂNIA LEITE MORAES REZENDE

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA ENTRE IDOSOS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
CAMPO LEOPOLDINA, UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE OESTE EM
BICAS/MG**

JUIZ DE FORA / MINAS GERAIS

2018

MARIA BETHÂNIA LEITE MORAES REZENDE

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA ENTRE IDOSOS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
CAMPO LEOPOLDINA, UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE OESTE EM
BICAS/MG**

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

Orientadora: Virgiane Barbosa de Lima

JUIZ DE FORA / MINAS GERAIS

2018

MARIA BETHÂNIA LEITE MORAES REZENDE

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA ENTRE IDOSOS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
CAMPO LEOPOLDINA, UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE OESTE EM
BICAS/MG**

Banca examinadora

Examinador 1. Profa. Virgiane Barbosa de Lima – Orientadora

Examinador 2. Dra. Maria Marta Amancio Amorim. Centro Universitário Uma. Belo Horizonte. MG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 17/10/2018.

A única coisa tão inevitável quanto a morte é a
vida.
(Charlie Chaplin)

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida.

A minha família, em especial, meus pais e irmão, pela compreensão e pelo amor infinito.

Ao Programa Mais Médicos pela oportunidade em realizar esse curso que me beneficiou academicamente e humanamente, me introduzindo na realidade da saúde pública brasileira.

A equipe e aos usuários da Unidade Básica de Saúde Campo Leopoldina por fazerem parte deste trabalho de maneira brilhante e dedicada.

Em especial, a minha orientadora, Profa. Virgiane Barbosa de Lima, por conduzir esse trabalho de maneira leve, objetiva, sendo a grande responsável pela conclusão deste, o meu muito obrigada.

RESUMO

Bicas é um município de 14.545 habitantes e está situado na zona da mata em Minas Gerais. Este trabalho foi proposto para a Equipe de Saúde da Família de Campo Leopoldina que é responsável por 3113 usuários e onde há um número significativo de idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica adscritos à área de abrangência da equipe. Os idosos foram encontrados na demanda espontânea na Unidade Básica de Saúde e em situações urgentes, ou em situações sugerindo falta de adesão ao tratamento da hipertensão. Esta intervenção foi proposta para melhorar a relação entre equipe e usuários, inclusive seu processo de trabalho, orientar sobre a transformação de hábitos necessários para conviver com o problema, dentre outras ações. O objetivo., consiste em elaborar uma proposta de intervenção para estimular a adesão ao tratamento da HAS entre idosos adscritos à área de abrangência da equipe do Campo Leopoldina em Bicas/Minas Gerais. Realizou-se o diagnóstico situacional reconhecendo-se os principais problemas enfrentados pela equipe de saúde para planejar ações pelo método de Planejamento Estratégico Situacional. As informações para esta intervenção foram coletadas nos documentos da equipe de Saúde da Família de Campo Leopoldina, como o e-SUS AB, consulta médica, durante as visitas domiciliares e observação ativa da área de abrangência. A bibliografia utilizada foi consultada em trabalhos científicos disponíveis nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Nacional de Medicina, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, Scientific Electronic Library On Line, dentre outros. Na construção do diagnóstico situacional foi utilizado o método da Estimativa Rápida Participativa e durante a proposta do plano de ação identificou-se os nós críticos o que mostrou a necessidade de modificações na rotina do trabalho da equipe. Espera-se que a equipe consiga orientar sobre o uso dos medicamentos e da adesão às ações preventivas, para reduzir o índice de usuários idosos portadores hipertensão levando o cuidado para esse público-alvo garantindo melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Hipertensão. Idoso. Adesão.

ABSTRACT

Bicas is a municipality of 14,545 inhabitants and is situated in the forest area of Minas Gerais. This work was proposed for the Leopoldina Field Family Health Team, which is responsible for 3113 users and where there are a significant number of elderly patients with systemic arterial hypertension assigned to the area of the team. The elderly were found in the spontaneous demand in the Basic Health Unit and in urgent situations, or in situations suggesting a lack of adherence to the treatment of hypertension. This intervention was proposed to improve the relationship between team and users, including their work process, to guide the transformation of habits necessary to live with the problem, among other actions. The objective is to elaborate a proposal for intervention to stimulate adherence to the treatment of hypertension among elderly people enrolled in the area covered by the Campo Leopoldina team in Bicas / Minas Gerais. The situational diagnosis was realized recognizing the main problems faced by the health team to plan actions by the method of Strategic Situational Planning. The information for this intervention was collected in the documents of the Leopoldina Field Family Health team, such as e-SUS AB, medical consultation, during home visits and active observation of the coverage area. The bibliography used was consulted in scientific works available in the databases of the Virtual Health Library, National Library of Medicine, Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, Scientific Electronic Library On Line, among others. In the construction of the situational diagnosis was used the method of Participatory Rapid Estimate and during the proposal of the action plan the critical nodes were identified which showed the need for modifications in the routine of the team work. The team is expected to be able to advise on the use of medications and adherence to preventive actions, to reduce the number of elderly users with hypertension, taking care of this target group, guaranteeing a better quality of life.

Key words: Key words: Primary Health Care, Hypertension. Old man. Accession.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
APS	Atenção Primária à Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ESF	Estratégia Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
ASCISPES	Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra
SRAA	Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona
BCC	Bloqueador dos Canais de Cálcio
DAC	Doença Arterial Coronariana
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
BB	Beta Bloqueador
MEV	Mudança no Estilo de Vida
CIESP	Consortio Intermunicipal de Especialidades
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Priorização dos problemas da comunidade do Campo Leopoldina em Bicas/MG_____7

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica entre idosos”, adscritos à área de abrangência da equipe do Campo Leopoldina em Bicas/Minas Gerais_____29

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica entre idosos”, adscritos à área de abrangência da equipe do Campo Leopoldina em Bicas/Minas Gerais_____30

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ Falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica entre idosos”, adscritos à área de abrangência da equipe do Campo Leopoldina em Bicas/Minas Gerai_____31

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “ Falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica entre idosos”, adscritos à área de abrangência da equipe do Campo Leopoldina em Bicas/Minas Gerais_____32

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Informações do município de Bicas	11
1.2	O sistema municipal de saúde do município de Bicas	11
1.3	O território e população da comunidade Campo Leopoldina	12
1.4	A Unidade de Saúde da Família da comunidade Campo Leopoldina	12
1.5	Equipe de Saúde da Família da comunidade Campo Leopoldina	13
1.6	Estimativa rápida (primeiro passo)	16
1.7	Priorização dos problemas (segundo passo)	16
2	JUSTIFICATIVA	18
3	OBJETIVOS	19
3.1	Objetivos Gerais	19
3.2	Objetivos Específicos	19
4	METODOLOGIA	20
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
5.1	Atenção Primária à Saúde	21
5.2	Hipertensão arterial sistêmica	24
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	27
6.1	Descrição do problema selecionado (Terceiro passo)	27
6.2	Explicação do problema selecionado (Quarto passo)	28
6.3	Seleção dos nós críticos (Quinto passo)	29
6.4	Desenho das operações (sexto passo)	30
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
	REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 Informações do município de Bicas

O município de Bicas pertence ao estado de Minas Gerais e conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sua população estimada para o ano de 2017 era de 14.545 habitantes, estando o mesmo localizado na zona da mata mineira (IBGE, 2017).

A economia de Bicas baseia-se na criação de gado de corte e leiteiro, indústrias de confecção, comércio e uma minoria de servidores públicos dividido entre os três poderes. Estando cerca de 130 km do Rio de Janeiro, observa-se certa influência da criminalidade devido ao tráfico e consumo de drogas ilícitas. De acordo com antigos moradores o poder público local vem deixando de liberar verbas e também não investe na cultura do município, ficando assim escassas as festas culturais, sendo que a única que ainda perpetua é a exposição em comemoração ao aniversário da cidade (IBGE, 2017).

1.2 O sistema de saúde do município de Bicas

De acordo com a Prefeitura Municipal de Bicas, a rede de serviços é composta de atenção primária representadas por seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas estrategicamente próximo do usuário e conhecidas como: UBS Sudoeste – Santo Antônio; UBS Sudeste – Centro; UBS Sul – Centro; UBS Nordeste – Centro; UBS - Distrito Santa Helena e UBS Oeste – Campo Leopoldina. Já em relação à Atenção Especializada, em Bicas a população conta com o Consorcio Intermunicipal de Especialidades (CIESP), a Policlínica microrregional de Bicas e o Laboratório análises clínicas Eurico Possas Araújo Ltda. Em relação ao serviço de atenção à urgência e emergência está disponível o Serviço de Atendimento Móvel Urbano (SAMU) e a atenção hospitalar é prestada pelo Hospital São Jose de Bicas, como apoio diagnóstico a empresa Multimédica. De outro lado, a assistência farmacêutica é feita por sete Farmácias populares e uma farmácia de minas. Em Bicas existe o Serviço de Vigilância à Saúde realizada pelos serviços de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância Sanitária. Quanto às redes de atenção Bicas relaciona-se com outros municípios, sendo Juiz de fora a referência e a Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra (ASCISPES), os programas Mais Vida e Viva Mais, além dos Hospitais de referência: Hospital Regional João Penido que pertence à rede Fhemig e o Hospital Maternidade Therezinha de Jesus.

Possui ainda uma unidade de pronto atendimento e laboratório de análise clínica sendo os exames coletados na UBS Oeste e encaminhados para o laboratório no município. Os exames de maior complexidade são realizados nos municípios de Belo Horizonte ou Juiz de Fora mediante encaminhamento. O laboratório de análises clínicas serve os usuários em parceria com o serviço público. Já o exame citopatológico do colo cervical uterino, é coletado na unidade e enviado semanalmente para Juiz de Fora.

1.3 O território e a população da comunidade Campo Leopoldina

A comunidade do Campo Leopoldina possui aproximadamente 2.534 habitantes, e está localizada na região oeste da cidade de Bicas em Minas Gerais. A economia do município baseia-se no comércio, agricultura, agropecuária e indústria têxtil, sendo que as vagas de emprego são basicamente na confecção de roupas. Com relativa falta de perspectiva de crescimento, no município o desemprego é incentivado pela falta de universidades ou centros tecnológicos de formação. Na zona urbana as famílias da comunidade são servidas de saneamento básico ocorrendo o contrário na zona rural. Embora o analfabetismo seja baixo, o mesmo incide sobre pessoas com idade acima de 50 anos. De outro lado, há por parte da administração pública incentivo como transporte para universitários, e escola de ensino básico ao fundamental que atende a população. Além disso, existe trabalho voluntário de Organizações não Governamentais (ONGs) que ajudam na formação de crianças e jovens.

Em Bicas, há saneamento em toda área urbana juntamente com a coleta de lixo, porém há um córrego que corta a cidade em grande parte de sua extensão, local onde os próprios moradores não conscientes depositam lixo às margens.

1.4 A Unidade de Saúde da Família da comunidade Campo Leopoldina

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Campo Leopoldina, foi inaugurada há cerca de 8 anos, proveniente de uma doação da prefeitura para ser uma Unidade de Saúde, estando a 8 meses em reforma. No local, existe uma área destinada à recepção que é adequada e equipada com bebedouro, cadeiras de espera e dois banheiros (masculino e feminino). Além disso, para prestar serviço aos usuários, existem dois consultórios médicos, onde um deles está adaptado com mesa ginecológica e outro é dividido para atendimento com fonoaudiólogo, ambos com horários de atenção adequados.

Em relação ao setor de educação, observa-se que os biquenses adscritos à área de abrangência da equipe Campo Leopoldina com idade até 14 anos estão matriculados nas escolas. Por outro lado, ainda há analfabetismo na população acima dos 50 anos.

A UBS Campo Leopoldina está equipada com um consultório odontológico, uma sala de esterilização, sala de nebulização, sala de vacina e uma sala de reuniões, que ainda está em reforma. Há ainda uma sala para o enfermeiro, um ambulatório, dois banheiros para funcionários, uma sala para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com computadores, uma pequena cozinha, uma sala de refeições.

Neste momento a equipe de saúde não vem desenvolvendo reuniões com os usuários limitando-se a fazer palestras e conversas na recepção da UBS, durante os horários de atenção, para a população que embora humilde, é bastante receptiva.

Atualmente a equipe possui alguns materiais básicos como glicômetro, esfigmomanômetro e estrutura para realizar suturas. No entanto, para este último trabalho e demais serviços não existem materiais disponíveis na UBS, obrigando os profissionais a encaminhar o paciente para o hospital municipal.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da comunidade Campo Leopoldina

A equipe de Saúde da Família (ESF) presta serviços em saúde para a comunidade Campo Leopoldina, trabalha na Estratégia de Saúde da Família Oeste onde é responsável por 1017 famílias ou 3113 usuários registrados na área de abrangência. Estes usuários estão distribuídos em cinco micros áreas e recebem atendimento na zona urbana, e outra micro área, que fica na área rural, cujo acesso da equipe é relativamente bom e vem sendo realizado há três meses, uma vez por semana em locais estratégicos previamente definidos pela equipe. Para prestar o serviço aos usuários a equipe do Campo Leopoldina trabalham na equipe cinco ACS, um ajudante de serviços gerais, um dentista, uma secretária, uma enfermeira, um técnico em enfermagem, uma fonoaudióloga e uma médica.

A Unidade de Saúde da comunidade Leopoldina funciona das 7: 00 h às 16 horas. Suas atribuições diárias são divididas em sua maioria no atendimento das demandas espontânea e programadas, grupos de programas como: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), tabagismo, saúde bucal, pré-natal, puericultura,

controle de câncer de mama/ginecológico e fonoaudiologia. Em relação aos grupos HIPERDIA e tabagismo, a equipe resolveu condicionar a “troca das receitas” à participação nas reuniões, o que causa insatisfação com certos membros da comunidade. Quanto às consultas médicas e de enfermagem são marcadas todas segundas e distribuídas nos demais dias da semana. O horário de atenção médica se estende pelo período do almoço, atendendo trabalhadores que usam esse horário para realizar suas consultas, sendo este um fator facilitador do processo de trabalho dos profissionais da equipe para efetivar o cuidado.

Também como facilitador do processo de trabalho, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), funciona na comunidade e apoia a equipe de saúde nos casos de violência doméstica, maus tratos, abandono, violência psicológica, sobretudo em idoso, crianças e mulheres, de modo que somados ao trabalho da equipe, ajudam na saúde psicossocial dos usuários. Além disso, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que também funciona em Bicas e auxilia o trabalho da equipe, e nos casos de dependentes químicos, acolhem também seus familiares. Esta ajuda multidisciplinar poderá facilitar também a intervenção proposta neste trabalho, pois, irão auxiliar nas medidas preventivas e de reabilitação voltadas para idosos. Quando é necessário solicitar avaliação de especialistas em casos agudos, no município não há apoio laboratorial de urgência, assim, a equipe resolve os casos de acordo com a clínica. Quando há risco de vida, ou necessária atenção especializada, e em seguida é feito o devido encaminhamento para o pronto atendimento de Bicas.

Nos casos crônicos, a equipe está inscrita no Consórcio Intermunicipal de Especialidades (CIESP), que atende várias especialidades médicas e também com os programas HIPERDIA (Programa hipertensão e diabetes) MAIS VIDA (saúde do idoso) e VIVA VIDA (saúde da mulher) complementando o cuidado. A tecnologia também auxilia no desempenho do processo de trabalho, e o prontuário eletrônico é uma ferramenta que aumenta o desempenho da equipe. Há um ano, foi implantado o e-SUS e a equipe ainda está em período de adaptação, pois, enfrentam dificuldades quanto ao material fornecido como computador, impressora, Internet e a própria capacitação profissional. Equipe é unida e se reúne a cada quinze dias e vem conseguindo gradativamente envolver a comunidade e mostrar a importância da Estratégia em Saúde da Família. Esta conscientização vem se firmando pela presença e trabalho dos profissionais da equipe e como exemplo está a consulta de enfermagem; Transporte e ou ambulância fornecida pela prefeitura, quando solicitado; as visitas domiciliares são realizadas duas vezes por semana, onde uma é exclusiva para zona

rural e outra na zona urbana em dias previamente especificados. São realizadas também, quando há impossibilidade de deslocamento de algum paciente à UBS; busca ativa quando os pacientes não comparecem a consulta de rotina; os especialistas que na maioria das vezes envia contra referência, inclusive, em alguns casos, se for necessário algum acompanhamento especializado; o Tratamento Fora de Domicílio (TFD); o trabalho dos ACS, que diariamente estão em contato com a comunidade; apoio financeiro e político do gestor; equipe capacitada; espaço físico adequado e acessível à unidade.

De forma oposta, o processo de trabalho da equipe vem sendo alterado pela fragmentação da equipe, pois, no momento falta um auxiliar de secretaria, cujo, poder municipal alega não ter verba para manter este funcionário. Assim, os ACS trabalham fazendo um revezamento na recepção, sendo que no horário de almoço o técnico de enfermagem e o enfermeiro é que o fazem. Outra situação, por repetidas vezes, o técnico em enfermagem é chamado para fazer transferência de pacientes nas ambulâncias, o que acaba sobrecarregado o trabalho da enfermeira. Quanto aos registros da equipe, desde o ano de 2014 os dados da área do Campo Leopoldina não são atualizados embora os ACSs venham se empenando nesta atualização. Quando questionada a gestão sobre esta falha a mesma justifica que o fato se deve a erros no processo de trabalho dos profissionais associados aos diversos setores da área.

Verifica-se assim, a falta de apoio do gestor deste mandato, pela desvalorização dos profissionais da área da saúde dificultando também a contratação de novos profissionais. Como a população sob a responsabilidade da equipe é relativamente grande, e por cerca de oito meses os usuários do serviço ficaram sem atenção médica no início deste ano houve grande demanda espontânea na unidade que aos poucos a equipe vem reduzindo pela reorganização do serviço; Atualmente na UBS faltam materiais médicos como, curativos, o que retarda o processo de recuperação, principalmente dos pacientes com pé diabético, além de medicamentos para tratamentos indicados, e como a população é relativamente carente e não podendo comprar, estimula a má adesão ao tratamento medicamentoso, principalmente entre idosos reduzindo a eficiência do serviço e qualidade de vida dos usuários.

O Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família (CEGCSF) é uma oferta da Universidade Federal de Minas Gerais, que objetiva aperfeiçoar médicos para atuar nas políticas públicas de saúde e contribuir com a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil (BRASIL, 2013). Neste curso, o profissional aprende a construir o

plano de ação em saúde com base na realização do diagnóstico situacional de saúde proposto na disciplina de Planejamento e avaliação das ações em saúde. Assim, com o diagnóstico em mãos, os profissionais conhecem como vivem os usuários, onde trabalham ou não, relacionamentos e forma de adoecer, dentre outros. A construção do diagnóstico situacional para este trabalho foi baseada em documentos e registros da equipe, como os prontuários e demais anotações possibilitando interpretar as necessidades e a realidade vivenciada dos usuários, perfil da comunidade, de forma a planejar ações em saúde contribuindo com a melhoria dos serviços prestados aos usuários.

1.6 Estimativa rápida (primeiro passo)

Realizando a observação ativa da área de abrangência na comunidade Campo Leopoldina, a equipe verificou situações de violência pelos sinais de criminalidade relacionados ao tráfico de drogas, afetando não só o indivíduo, mas produzindo consequências na vida da família que o acolhe. Há ainda relatos de casos de agressão e ameaças contra mães e avós de dependentes químicos, hipertensão arterial, desajustes emocionais, depressão, insuficiência renal, úlceras de pele, entre outros. Já na zona rural, este trabalho permitiu observar no território, a presença de esgoto a céu aberto e o abastecimento de água não tratada numa área onde vivem 150 famílias sob a responsabilidade da equipe de Campo Leopoldina.

Observando a área de abrangência e através das visitas domiciliares, os profissionais da equipe Campo Leopoldina concluíram que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal problema enfrentado pelos usuários sob sua responsabilidade. Em reunião de equipe, quando observada a faixa de idade, e pela demanda de cuidados, percebeu-se que o problema também é bastante incidente entre idosos, estando boa parte dos mesmos diagnosticados com HAS hipertensão arterial sistêmica, mas sem o devido acompanhamento evidenciando a falta de adesão ao tratamento proposto, bem como sem perspectiva de reabilitação. Parte dos idosos adscritos à equipe encontra-se acamados, outros com dificuldade de locomoção, ou ainda em situações de desânimo, quadro sugestivo de depressão, entre outros, mas o ponto em comum verificado foi que os idosos revelaram grandes dificuldades de adesão ao tratamento por diversos motivos.

1.7 Priorização dos problemas (segundo passo)

No quadro 1 foram selecionados os problemas mais relevantes e enfrentados na equipe de saúde da

família do Campo Leopoldina em Bicas/Minas Gerais.

Quadro 01- Priorização dos problemas da comunidade do Campo Leopoldina em Bicas/MG

Priorização dos problemas da Comunidade de Campo Leopoldina na UBS Oeste em Bicas/MG				
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
A dificuldade de adesão ao tratamento e reabilitação entre usuários idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica.	Alta	30	Parcial	1
Doenças Crônicas	Alta	28		
Depressão	Alta	27	Parcial	2
Desemprego	Média	25	Fora	3
Insatisfatória educação ambiental	Alta	25	Parcial	4

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

Total/ parcial ou fora; *Ordenar considerando os três itens.

A equipe de saúde de Campo Leopoldina elegeu como problema prioritário a quantidade significativa de pacientes idosos portadores de HAS. Neste momento a equipe possui capacidade de enfrentamento do problema entre os usuários idosos adscritos à sua área de abrangência, pois conta com apoio da equipe multidisciplinar e capacidade de reorganizar o processo de trabalho para propor melhorias na qualidade de vida destes hipertensos. Os usuários, embora tenham acesso ao tratamento, demonstram para a equipe, que as respostas ainda podem ser consideradas negativas, sugerindo que os pacientes não estão aderindo ao tratamento não medicamentoso (dieta, exercícios físicos, hábitos de vida saudável, etc.) sugerindo irregularidades também no tratamento farmacológico.

2 JUSTIFICATIVA

A realização desta proposta se justifica, pela necessidade que os profissionais da equipe do Campo Leopoldina em Bicas, Minas Gerais possuem, de intervir na falta de adesão ao tratamento da HAS entre idosos adscritos. Na UBS Oeste, há uma significativa demanda espontânea que se mistura à busca por consultas e demandas urgentes pela presença de níveis pressóricos alterados, onde a vítima é idosa, demandando cuidados, acompanhamento e encaminhamentos. Quando observados os documentos dos usuários idosos, certificou-se que previamente houve prescrição de medicamentos para hipertensão quando atendidos no sistema de saúde. Além disso, observou-se a presença de complicações e risco de morte entre os atendidos pela equipe, quadros de depressão e outras enfermidades características desta fase da vida. Com a realização do diagnóstico situacional a equipe percebeu que parte significativa da população sob sua responsabilidade, não possui conhecimentos mínimos sobre os hábitos alimentares e sua relação com a doença. Além disso, a equipe de saúde e equipe multidisciplinar não vem utilizando adequadamente suas tecnologias na condução do processo de trabalho prestado aos idosos, prejudicando a integralidade da assistência.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos Gerais

Elaborar uma proposta de intervenção para estimular a adesão ao tratamento da HAS entre idosos adscritos à área de abrangência da equipe do Campo Leopoldina em Bicas/Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

Identificar os idosos portadores de HAS presentes na área de abrangência da equipe do Campo Leopoldina em Bicas/MG.

Entender os principais motivos para fracasso no tratamento da HAS dos idosos do Campo Leopoldina.

Ressaltar a importância do tratamento da HAS, advertindo-os sobre as complicações futuras.

Compreender as necessidades individuais de cada usuário, para entender o fracasso no tratamento por meio de consultas médicas e/ou visitas domiciliares.

Formular estratégias que corrobore para uma resposta positiva ao tratamento de HAS.

4 METODOLOGIA

Esta proposta de intervenção propõe a transformação de hábitos, e foi realizada para a ESF de Campo Leopoldina em Bicas/Minas Gerais. Assim, realizou-se o diagnóstico situacional para identificação dos problemas, através da utilização do método da Estimativa Rápida, valorizando a observação ativa do território e a participação dos atores sociais envolvidos no processo. O problema selecionado para esta intervenção foi a falta de adesão ao tratamento da HAS entre idosos na área de abrangência da ESF Campo Leopoldina. Para isto, utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) para enfrentar o problema (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para subsidiar esta proposta, buscou-se trabalhos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literature of Latin America and the Caribbean (LILACS), além de referências bibliográficas do Ministério da Saúde. Os descritores de saúde utilizados para este trabalho foram:

Atenção Primária à Saúde.

Adesão.

Hipertensão.

Idoso.

Além disso, a equipe buscou informações nos registros da equipe, entrevista com informantes-chaves que vivem na comunidade, além da observação ativa da área, onde foi levantada uma lista de problemas com a participação da população que vive na área de abrangência.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Primária à Saúde

A aprovação da Constituição Federal no ano de 1988 permitiu a criação do SUS, onde a saúde passou a ser um direito de todos os cidadãos e assegurado pelo Estado. Até então, as ações de promoção da saúde, prevenção e controle de endemias eram atribuições praticamente exclusivas do Ministério da Saúde, sendo a assistência médica e hospitalar prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), voltada apenas para trabalhadores formais segurados do Instituto Nacional da Previdência Social (BRASIL, 2003).

O SUS surgiu com o objetivo de impedir o adoecimento das pessoas, através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, em relação à promoção da saúde, a mesma está envolvida na inclusão dos sujeitos e capacitação da comunidade, atuando nas causas dos problemas para melhorar a qualidade de vida e saúde daqueles indivíduos. Já a proteção à saúde é o envolve atuações sobre os riscos de adoecer e a recuperação da saúde está relacionada ao tratamento dos doentes ou pessoas submetidas a algum agravo (CARVALHO, 2013). Estas condições de promoção, proteção e recuperação da saúde estão descritas na lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual foi construída para regular os serviços de saúde instituindo o SUS (BRASIL, 2003). Neste trabalho, ainda são consideradas que,

[...] As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal vigente, obedecendo ainda princípios organizativos e doutrinários tais como: • Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; • Integralidade de assistência; • Equidade; • Descentralização Político-Administrativa com direção única em cada esfera de governo; • Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; • Participação da comunidade; • Regionalização e hierarquização (BRASIL, 2003, p. 25)

De acordo com Lavras (2011), a Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser compreendida como atenção ambulatorial não especializada praticada em uma unidade de saúde, onde são desenvolvidas atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, inclusive atividades de

saúde pública. Espaços assim são onde ocorre o “primeiro contato” entre os pacientes e o sistema onde é possível se resolver parte dos problemas de saúde vivenciados.

Nos países onde foi adotada a APS, observa-se um importante impacto na saúde da população, pois, os indicadores vêm demonstrando aumento da eficiência no atendimento aos usuários dentro do sistema, no cuidado e tratamento de condições crônicas, preventivas, qualidade de vida, entre outros (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). As autoras ainda se referem à atenção primária à saúde como aquela que,

[...] apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. Orienta-se por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002 apud OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p.159).

No Brasil, a atenção primária ou atenção básica necessitando de uma reorientação do modelo assistencial, incorporou o Programa Saúde da Família (PSF), ao lado dos princípios do SUS. Naquele momento, houve a necessidade da implantação de novos modelos assistenciais, pois o técnico/hospitalocêntrico, já não atendia mais a demanda de saúde das pessoas. Assim, a família passaria a ser o centro da atenção, no processo de intervenção em saúde com preferência pelas ações preventivas e de acordo com o novo modelo de atenção proposto (ROSA; LABATE, 2005). As autoras descrevem modelo de atenção como,

[...] um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco só tecnologia (CAMPOS, 1997 apud ROSA; LABATE, 2005, p. 1028).

Com a implantação de uma nova estratégia para atender as demandas de saúde, houve a necessidade de se ampliar a qualificação das equipes, aumentando a resolubilidade dos serviços, incluindo monitoramento e avaliação da APS (CARDOSO et al, 2015). Assim, na atualidade a Saúde da Família vem aumentando significativamente a reorganização da atenção primária no Brasil, onde há atuação com visão ampla da saúde da família e o território onde vive. Utilizando ações multidisciplinares, os profissionais utilizam ferramentas como o vínculo e o fortalecimento da participação social, as potencialidades locais, parcerias

intersectoriais para promover a integralidade da atenção, equidade e participação social (MATTOS et al, 2014). De acordo com Brasil (2003) apud Ferreira; Schimith; Caceres (2010), p. 2612, os profissionais que compõem,

[...] as equipes são compostas minimamente por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis ACSs. A partir de 2001, profissionais de saúde bucal passaram a fazer parte das equipes básicas (odontólogo, técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dentário). Outros profissionais podem se integrar à equipe, de acordo com especificidades locais. O foco deste programa é a família no seu espaço físico e social, proporcionando à equipe de saúde uma visão ampliada do processo saúde-doença, que permite intervenções além das práticas curativas.

As ESF são responsáveis por áreas geográficas definidas, cuja população sob sua responsabilidade pode conter até 4000 pessoas, estando esta quantidade subordinada ao risco e a vulnerabilidade social da população (MALTA et al, 2016). Já a estrutura do trabalho das ESF, permite a formação de importantes elos de mediação pelo compartilhamento da informação, sendo esta necessária na antecipação da ação política, podendo transformar realidades (DANTAS; CURIOSO, 2016). Assim, os autores descrevem que,

[...]A estratégia e-SUS, institucionalizada em 2013 pelo Ministério da Saúde como alternativa ao Sistema de Informação da Atenção Básica SIAB é um processo derivado do Plano Nacional de Informação e Informática em Saúde, que se origina de uma intencionalidade clínica, e, pela informática médica, incentiva o desenvolvimento tecnológico nos campos do registro eletrônico individual, do prontuário eletrônico e da telessaúde. Nesse sentido, informação em saúde é confundida com informação médica, e a informática é aplicada de maneira enviesada. Ao implantar tal lógica na APS, esse nível de atenção acaba assumindo, dentro da macroestrutura do SUS, um papel de local de triagem e encaminhamento para os níveis de atenção secundário e terciário (atendimentos clínicos especializados). Isso porque o território, importante ente de gestão da atenção básica na saúde pública, é entendido de forma reduzida: torna-se uma coleção de corpos, que deve ser monitorada de maneira informatizada cada vez mais ágil, a fim de aperfeiçoar as decisões dos profissionais e gestores da saúde, o que melhoraria o sistema de referência e contrarreferência, que regula o deslocamento dos usuários do SUS dentro das diferentes fases de atenção à saúde. Essa lógica é percebida desde o SIAB e se mantém no e-SUS. Os dados colhidos são predominantemente clínicos, ainda que existam, de forma residual, informações de cunho socioeconômico e demográfico (DANTAS; CURIOSO, 2016, p.).

5.2 Hipertensão arterial sistêmica

A HAS caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, que na maioria das vezes se associa alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e /ou metabólicas resultando em eventos cardiovasculares que podem provocar ou não a morte do indivíduo, gerando internações e consideráveis custos médicos e socioeconômicos. Trata-se de uma doença altamente prevalente, remetendo a um problema de saúde pública, que possui baixas taxas de controle (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). De acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016, p. 1) “A HAS é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg”.

Considerada uma doença silenciosa, por sua evolução lenta e assintomática, muitas vezes o diagnóstico da HAS acaba sendo tardio ou muitas vezes, só é percebido após algum evento cardiovascular. Além disso, a HAS é considerada fator de risco para as doenças cardiovasculares, que por sua vez estão relacionados à obesidade, inatividade física, dietas inadequadas e aumento da longevidade (LIMA et al, 2016). Os principais fatores de riscos que contribuem com o desenvolvimento da HAS estão relacionados à idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal e álcool, sedentarismo, fatores genéticos e socioeconômicos. Os fatores de risco tendem a se apresentar de forma agregada como a predisposição genética e os fatores ambientais combinados a estilo de vida pouco saudáveis (BRANDÃO et al., 2010).

O tratamento da HAS deve contemplar estratégias diferenciadas e abordagens capazes de identificar pacientes em situação de risco. A HAS é uma doença crônica, e necessita de acompanhamento e tratamento durante toda a vida, devendo ser utilizadas medidas não farmacológicas e farmacológicas para seu controle (RADOVANOVIC et al, 2014). Para Brandão et al. (2010), no primeiro caso, a prevenção primária contribui com a redução de mortes por doenças cardiovasculares. Assim, devem ser estimuladas mudanças no estilo de vida em pessoas com pressão arterial limítrofe, onde, devem ser considerados hábitos saudáveis de vida desde a infância e adolescência, as características regionais, culturais, sociais e econômicas das pessoas, levando ao seu conhecimento hábitos ideais de alimentação, redução do uso do sódio, álcool, sedentarismo e tabagismo. Já as medidas farmacológicas, a literatura mostra trabalhos com a avaliação da eficácia e a segurança de medicamentos na prevenção da HAS que geralmente é bem tolerada. O princípio básico é a associação de anti-hipertensivos que bloqueiem a maioria dos mecanismos fisiopatológicos de elevação da pressão arterial. É ideal, que a prescrição contenha um diurético, um bloqueador

do Sistema Renina-angiotensina-aldosterona e um Bloqueador dos Canais de Cálcio, em doses plenas toleradas e a intervalos adequados. Em situações particulares como Doença Arterial Coronariana (DAC), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e taquiarritmias, um Beta Bloqueador pode substituir o Bloqueador dos Canais de Cálcio no esquema terapêutico inicial com 3 medicações (7^a DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

O desafio para os profissionais de saúde em relação ao controle da HAS está na adesão ao tratamento da mesma, para garantir o sucesso do tratamento, cujo abandono é uma situação característica de pacientes portadores de doenças crônicas, pois, as mesmas dependem de tratamento a longo prazo ou por toda a vida. Por outro lado, são vários os elementos que interferem na adesão ao tratamento, que vão desde o regime terapêutico e efeitos adversos dos medicamentos até as características pessoais; os conhecimentos que a pessoa tem da doença; os valores e as crenças; suporte familiar; inclusive a falta de recursos, entre outros (PIERIN et al, 2001).

Apesar de a necessidade de adesão ao tratamento da HAS estar difundida, uma pequena parcela mantém os níveis pressóricos controlados, que são observados em pacientes que fazem uso de medicamentos corretamente aderem modificações de hábitos alimentares, redução ou abandono do tabagismo, alcoolismo e atividades físicas. A falta de adesão à medicação pode resultar em novos ajustes no regime terapêutico, assim que identificada a falta de resposta à prescrição. Esta prática pode aumentar custos com hospitalizações, consultas de emergências e tratamento das complicações. Assim, a associação das complicações da HAS com a adesão ou não ao tratamento, permite o planejamento de ações em saúde em pacientes acompanhados pelas equipes de saúde da família (LIMA et al, 2016).

A HAS entre idosos é altamente prevalente, necessita de diagnóstico correto e acompanhamento para reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares (BASTOS-BARBOSA et al., 2012). De acordo com Tavares et al. (2016), a falta de adesão ao tratamento remete a níveis pressóricos descontrolados e que a doença é a morbidade que mais ocorre entre os idosos. De acordo com Aquino et al (2017), p. 117,

[...] Adesão à terapia medicamentosa pode ser compreendida como “a extensão com a qual o comportamento do indivíduo – uso dos medicamentos, seguimento de uma dieta, e/ou execução de mudanças no estilo de vida coincidem com as recomendações dos profissionais de saúde”.

A adesão ao tratamento implica na correta utilização de medicamentos conforme a prescrição e alterações no estilo de vida, pois a falta de controle dos níveis de pressão arterial pode resultar em doenças cardiovasculares (BASTOS-BARBOSA et al., 2012). O processo de envelhecimento do ser humano se caracteriza por mudanças e pela redução da capacidade funcional do idoso, cuja qualidade de vida depende do meio onde vive. Somado a isto, o idoso hipertenso, também passa a ter reduzido seu desempenho físico, emocional, social entre outros. Assim, o cuidado voltado para o idoso deve ser integral e multiprofissional, identificando suas dificuldades para estimular o envelhecimento saudável mantendo sua autonomia e coparticipação no autocuidado (OLIVEIRA et al., 2013). Os autores consideram ainda que,

[...] grande parcela da população com mais de 65 anos utiliza medicamentos e que a ausência da adesão, lesa um segmento significativo desses indivíduos em decorrência de diferentes mudanças como, déficits cognitivos, subtração do entendimento das informações, falta de comunicação, elevação das limitações físicas e complexidade do regime terapêutico (ACURCIO et al., 2009 apud OLIVEIRA et al, 2013, p. 133)

Existem evidências de que à medida que envelhece, o indivíduo passa a ser mais propenso a desenvolver a HAS, dadas as modificações sofridas em decorrência do envelhecimento. Cabe aos profissionais de saúde buscar o controle e prevenção da HAS, valorizando a situação de saúde dos idosos, executar planejamentos e políticas de enfrentamento para a melhoria da qualidade de vida (ESPERANDIO et al., 2013).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado(Terceiro passo)

A ESF de Campo Leopoldina em Bicas/Minas Gerais, construiu o diagnóstico situacional para reconhecimento do seu território e realizando a observação ativa permitindo que no final sejam listados os problemas que afetam a saúde da população, ou que reduzem sua qualidade de vida. Para este diagnóstico o método utilizado foi o da estimativa rápida pelo fato de ser um método de baixo custo e relativamente rápido. Assim, a equipe analisou cada problema e em seguida selecionou a HAS entre indivíduos idade igual ou superior a 60 anos, já apresentando lesão de órgãos alvo, principalmente com doenças cardiovasculares. Em alguns casos, esses idosos estão sedentários, declaram que as vezes fazem uso do fumo e do álcool, e mesmo estando diagnosticados anteriormente, não segue de forma correta a prescrição dos medicamentos e tratamento proposto pelos profissionais. Parte significativa dos usuários dos serviços de saúde da ESF Campo Leopoldina estão diagnosticados com (HAS), e destes, grande parte dos usuários são idosos.

6.2 Explicação do problema selecionado (Quarto passo)

De acordo com dados e outras informações obtidas no diagnóstico situacional a ESF de Campo Leopoldina concluiu que um problema que necessita de intervenção é a presença de hipertensos idosos necessitando de cuidados. Assim, embora diagnosticados com HAS, falta seguimento e acompanhamento, faltando adesão ao tratamento proposto e sem perspectiva de reabilitação. Partes dos idosos adscritos à equipe encontram-se acamados, outros com dificuldade de locomoção, ou ainda em situações de desânimo, com quadro sugestivo de depressão, entre outros, mas o ponto em comum verificado foi que os idosos revelaram grandes dificuldades de adesão ao tratamento por diversos motivos. Os idosos nesta condição, não possuem cuidadores e contam com seus companheiros que na maioria dos casos também

se encontra em situação semelhante e com dificuldades de leitura e comunicação, carentes de cuidado integral.

De acordo com o tempo de trabalho na ESF do Campo Leopoldina, e ainda verificando registros que a equipe mantém, a equipe de saúde observou um número significativo de pacientes idosos hipertensos, com controle patológico inadequado, confirmando hábitos de vida inadequados, e exposição a fatores de risco relacionados a esta enfermidade. Na área de abrangência da ESF do Campo Leopoldina, a falta de adesão ao tratamento da HAS, foi o problema selecionado para propor uma intervenção. Houve necessidade de se pensar alternativas para melhorar a qualidade de vida dos idosos hipertensos sob a responsabilidade da equipe, que geralmente buscam a UBS Oeste em situações frágeis de saúde, inclusive os que foram encontrados acamados durante as visitas domiciliares.

Quando questionados, os idosos declaram não usar a medicação proposta em consulta anterior e que seus hábitos de vida sempre foram os mesmos, não justificando estar doente naquele momento. Em relação ao tratamento medicamentoso, os idosos declaram não estar doente e, portanto, não precisa mais beber aquele mesmo remédio. Outras vezes, os mesmos citaram o esquecimento do uso ou a ingestão de formas variadas sem seguir a prescrição médica, indicando em uso irracional de medicamentos. De outro lado, na área de abrangência existem idosos acometidos pela enfermidade, que sugerem desconhecer a gravidade da doença, mesmo conhecendo vítimas próximas do seu convívio. Parte dos idosos é relativamente carente, e a principal queixa é que não conseguem seguir a dieta indicada devido ao alto custo financeiro e medicamentos que muitas vezes não são encontrados na rede pública. Além disso, há casos em que o idoso não tem cuidador ou alguém que auxilie na condução do tratamento, pois, na maioria dos casos estes idosos vivem sozinhos durante o dia, e quando questionados sobre o tratamento também declararam que, assim que os sintomas sugestivos da síndrome reduziram não foi necessário mais utilizar a medicação para HAS.

6.3 Seleção dos nós críticos (Quinto passo)

Verificando os atendimentos de consultas e visitas domiciliares a ESF de Campo Leopoldina concluiu que a HAS acomete os usuários adscritos ao seu território e em faixas de idade variadas. O que motivou esta proposta de intervenção foi a constante busca por consultas

médicas e visitas domiciliares para atender idosos descompensados em relação aos níveis pressóricos. Na oportunidade, os profissionais encontraram um cuidado fragmentado, lhes faltando atenção em saúde bucal, ginecologia, atividades físicas, exames clínicos periódicos, entre outros. Além deste quadro, observou-se verdadeira relação entre os níveis pressóricos descontrolados e a falta de adesão aos tratamentos farmacológico e não farmacológico pelos idosos. Assim, foram relacionadas algumas situações, que vem favorecendo a redução da qualidade de vida destes idosos e a falta de adesão ao tratamento da HAS:

1. Comportamento dos idosos favorecendo a automedicação e polifarmácia.
2. Abandono do tratamento farmacológico em decorrência do surgimento das reações adversas.
3. Falta de acesso às atividades preventivas e aos cuidados da equipe de saúde.
4. Falta de preparo da equipe para abordar o idoso hipertenso.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

No quadro 2 observa-se as operações propostas para o primeiro nó crítico verificado que é o comportamento dos idosos favorecendo a automedicação e polifarmácia.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica entre idosos”, adscritos à área de abrangência da equipe do Campo Leopoldina em Bicas/Minas Gerais.

Nó crítico 1	Comportamento dos idosos favorecendo a automedicação e polifarmácia
Operação (operações)	Informar os idosos e hipertensos sobre o risco de utilizar medicamentos indicados por terceiros e se medicar sem critérios e ajuda profissional
Projeto	Remédio correto
Resultados esperados	Compreensão dos idosos sobre os medicamentos prescritos para a HAS, conscientizando sobre a necessidade de cumprir a posologia sem adição de demais drogas medicamentosas.
Produtos esperados	Orientação permanente pelos profissionais da equipe sobre os riscos do uso de drogas medicamentosas sem prescrição e acompanhamento médico; Redução do número de drogas medicamentosas conciliando apenas a prescrição médica; Visitas domiciliares da ESF de Campo Leopoldina aos idosos portadores de HAS para verificação da medicação prescrita e utilizada ou não.

Recursos necessários	Estrutural: Agendamento de todas as atividades relacionadas. Cognitivo: Repetição da informação para assimilação em todas as visitas domiciliares. Político: Adesão de todos os profissionais da equipe e da equipe multidisciplinar. Financeiro: recurso material impresso.
Recursos críticos	Estrutural – Encaminhamentos para as redes de atenção sempre que necessário a estes idosos hipertensos. Cognitivo. Informação sobre os riscos da automedicação e polifarmácia. Político: mobilização entre a equipe, familiares dos idosos e demais profissionais que precisam ser envolvidos. Financeiro: recurso para impressão materiais.
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Não é necessária
Prazo	2 meses para construir os folhetos e iniciar a propagação
Responsável pelo acompanhamento das ações	Médico
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Após 2 meses, a cada retorno à UBS ou visita domiciliar verificar se as informações cedidas estão sendo seguidas e se não reiniciar o processo.

No quadro 3 observa-se as operações propostas para o primeiro nó crítico 2 verificado que é o abandono do tratamento farmacológico em decorrência do surgimento das reações adversas.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica entre idosos”, adscritos à área de abrangência da equipe do Campo Leopoldina em Bicas/Minas Gerais.

Nó crítico 2	Abandono do tratamento farmacológico em decorrência do surgimento das reações adversas
Operação (operações)	Informar os idosos hipertensos sobre a necessidade de utilizar medicamentos indicados pelo médico utilizando corretamente a posologia e sem interrupções ou abandono do medicamento.
Projeto	Uso contínuo
Resultados esperados	Compreensão dos idosos sobre os medicamentos prescritos para a HAS e que na presença dos efeitos adversos deve comunicar a ESF para a reavaliação , ou readequação da dose, utilizando a aferição periódica dos níveis pressóricos.
Produtos esperados	Orientação permanente pelos profissionais da equipe sobre o risco do abandono dos medicamentos prescritos e necessidade de acompanhamento e reavaliação; redução do número de drogas medicamentosas conciliando

	apenas a prescrição médica; visitas domiciliares da ESF de Campo Leopoldina aos idosos portadores de HAS para verificação da pressão arterial e da utilizada ou não dos medicamentos corretamente.
Recursos necessários	Estrutural: Agendamento de todas as atividades relacionadas. Cognitivo: Repetição da informação para assimilação em todas as visitas domiciliares. Político: Adesão de todos os profissionais da equipe e da equipe multidisciplinar para o ajuste da medicação. Financeiro: recurso material impresso.
Recursos críticos	Estrutural – visitas domiciliares sempre que necessário aos idosos hipertensos e verificação da forma de se medicar e do desaparecimento das reações adversas. Cognitivo. Informação sobre a necessidade do uso continuado dos medicamentos. Político: mobilização entre a equipe, familiares dos idosos e demais profissionais que precisam ser envolvidos. Financeiro: recurso para impressão materiais.
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Não é necessária
Prazo	2 meses para construir os folhetos e iniciar a propagação
Responsável pelo acompanhamento das ações	Enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Após 2 meses, a cada retorno à UBS ou visita domiciliar verificar se as informações cedidas estão sendo seguidas e se não reiniciar o processo.

No quadro 4 observa-se as operações propostas para o primeiro nó crítico 3 verificado que é a falta de acesso às atividades preventivas e aos cuidados da equipe de saúde.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ Falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica entre idosos”, adscritos à área de abrangência da equipe do Campo Leopoldina em Bicas/Minas Gerais.

Nó crítico 3	Falta de acesso às atividades preventivas e aos cuidados da equipe de saúde
Operação (operações)	Estimular os idosos hipertensos a participar das atividades preventivas propostas pela ESF ou adequá-las às necessidades deste grupo de pessoas, estimulando a dieta com pouco sódio, prática de exercícios físicos/fisioterapia indicados por profissionais
Projeto	Idoso ativo
Resultados esperados	Compreensão dos idosos sobre a contribuição da equipe e equipe multidisciplinar para mudanças no estilo de vida
Produtos esperados	Orientação profissional da ESF sobre a necessidade da participação do

	idoso hipertenso e da sua família nas atividades da equipe para modificar hábitos e garantir saúde. Visitas domiciliares da ESF de Campo Leopoldina aos idosos portadores de HAS que se encontram acamados
Recursos necessários	Estrutural: Agendamento de todas as atividades relacionadas. Cognitivo: Repetição da informação para assimilação no ambiente da ESF e em todas as visitas domiciliares. Político: Adesão de todos os profissionais da equipe e da equipe multidisciplinar para propor novos hábitos. Financeiro: recurso material impresso.
Recursos críticos	Estrutural – visitas domiciliares sempre que necessário aos idosos hipertensos e verificação da adesão à uma dieta saudável, exercícios e banhos de sol, entre outros. Cognitivo. Informação sobre a necessidade de seguir as orientações da ESF. Político: mobilização entre a equipe, familiares dos idosos e demais profissionais que precisam ser envolvidos. Financeiro: recurso para impressão de materiais.
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Não é necessária
Prazo	2 meses para construir os folhetos e iniciar a propagação
Responsável pelo acompanhamento das ações	Enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Após 2 meses, a cada retorno à UBS ou visita domiciliar verificar se as informações cedidas estão sendo seguidas e se não reiniciar o processo.

No quadro 5 observa-se as operações propostas para o primeiro nó crítico 4 verificado que é a falta de Falta de preparo da equipe para abordar o idoso hipertenso.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “ Falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica entre idosos”, adscritos à área de abrangência da equipe do Campo Leopoldina em Bicas/Minas Gerais.

Nó crítico 4	Falta de preparo da equipe para abordar o idoso hipertenso
Operação (operações)	Proporcionar aos profissionais da ESF atualizações sobre como atuar sobre a HAS entre idosos, estimulando a construção de novas ferramentas de prevenção
Projeto	Equipe capacitada
Resultados esperados	Atenção e cuidado integral aos idosos hipertensos contribuindo com o controle dos níveis pressóricos
Produtos esperados	Orientação profissional para a ESF sobre a saúde do idoso hipertenso e da sua família, desenvolvendo a boa comunicação e atenção às necessidades evidenciadas.

	Visitas domiciliares da equipe de Campo Leopoldina aos idosos portadores de HAS que se encontram acamados para manejo de acamados
Recursos necessários	Estrutural: Agendamento de todas as atividades relacionadas; Cognitivo: Repetição da informação para assimilação no ambiente da ESF e em todas as visitas domiciliares para o idoso e sua família. Político: Adesão de todos os profissionais da equipe e da equipe multidisciplinar para propor novos hábitos. Financeiro: recurso material impresso.
Recursos críticos	Estrutural – visitas domiciliares sempre que necessário aos idosos hipertensos para levar informação, desenvolver o vínculo entre outras atividades necessárias a este grupo. Cognitivo- Equipe orientada e capaz de direcionar orientações ao usuário. Político: mobilização entre a ESF, familiares dos idosos e demais profissionais que precisam ser envolvidos; Financeiro: recurso para impressão de materiais.
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Não é necessária
Prazo	2 meses para construir os folhetos e iniciar a propagação
Responsável pelo acompanhamento das ações	Enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Após 2 meses, a cada retorno à UBS ou visita domiciliar verificar se as informações cedidas estão sendo seguidas e se não reiniciar o processo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possui o formato de uma proposta de intervenção, direcionado para a ESF de Campo Leopoldina em Bicas/Minas Gerais. O sucesso da mesma, irá depender da participação dos profissionais da equipe de saúde e da equipe multidisciplinar, para melhorar o cuidado direcionado aos idosos portadores de HAS. Estes usuários não aderem ao tratamento da HAS que até o momento se encontravam sem as intervenções que a ESF pode propor, readequando inclusive seu processo de trabalho e organizando sua agenda para aumentar o número de consultas para este tipo de paciente, além de proporcionar atividades preventivas, conhecimentos e informações sobre a doença. O serviço prestado ao usuário acometido será mais bem estruturado pela presença dos profissionais do NASF, assistência farmacêutica e do enfermeiro. Já em relação à equipe, as reuniões de ESF adequadas à agenda mensal e semanal deverão ser readequadas, para proporcionar maior interação entre a equipe e o usuário e seus familiares, estimulando a transformação dos hábitos e utilização correta de medicamentos, permitindo o controle dos níveis pressóricos destes idosos.

A melhoria do cuidado ao idoso hipertenso necessita de avaliação e monitoramento oportuno, acompanhamento e seguimento pelos profissionais da ESF, levando orientações, estimulando a adaptação ao tratamento e redução do comportamento de risco. As ações propostas serão voltadas para a correção de rumos sempre necessários, aumentando a possibilidade de levar os idosos a se envolver com as ações educativas e outras atividades propostas pelos profissionais do NASF, estimulando a transformação de hábitos.

Com esta intervenção, espera-se aumentar o conhecimento e envolvimento dos profissionais da ESF e da família de Campo Leopoldina a estimular a adesão ao tratamento da HAS pelo idoso para promover melhorias na qualidade de vida destes usuários. Será reestruturado o trabalho da ESF, com a finalidade de gerar conhecimentos para levar aos pacientes melhores formas de atuar sobre o estado de saúde, aderindo às atividades e comportamento necessários aos pacientes adscritos à área de abrangência.

REFERENCIAS

BASTOS-BARBOSA, R., G.; FERRIOLLI, E.; MORIGUTI, J., C.; NOGUEIRA, C., B.; NOBRE, F.; UETA, J.; LIMA, N., K., C.. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 99, n. 1, p. 636-641, ~~jun~~ 2012 .

BRANDÃO, A., A.; ÁVILA, A.; TAVARES, A.; MACHADO, C., A.; CAMPANA, É., M., G.; LESSA, I.; KRIEGER, J., E.; SCALA, L., C.; NEVES, M., F.; SILVA, R., C., G.; SAMPAIO, R. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 32, supl. 1, p. 1-4, ~~Set.~~ , 2010 .

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2003. 248 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº- 1.369**, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional**. 2017 Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/bicas/panorama> Acesso em: 22 de junho de 2018.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CARDOSO, A., V., L.; CHAIN, A., P., N.; MENDES, R., I., P.; FERREIRA, E., F.; VARGAS, A., M., D.; MARTINS, A., M., E., B., L.; FERREIRA, R., C. . Avaliação da gestão da Estratégia Saúde da Família por meio do instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade em municípios de Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1267-1284, ~~Abr~~ 2015.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

DANTAS, A.; CURIOSO, R. Geografia e saúde: o lugar como premissa da atividade informacional da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 721-735, 2016.

ESPERANDIO, E., M.; ESPINOSA, M., M.; MARTINS, M., S., A.; GUIMARÃES, L., V.; LOPES, M., A., L.; SCALA, L., C., N. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.481-493, 2013.

FERREIRA, M., E., V.; SCHIMITH, M., D.; CACERES, N., C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2611-2620. 2010.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dez. 2011.

LIMA, D., B., S.; MOREIRA, T., M., M.; BORGES, J., W., Pereira.; RODRIGUES, M., T., ASSOCIAÇÃO ENTRE ADESÃO AO TRATAMENTO E TIPOS DE COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES EM PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 3, e0560015, 2016.

MALTA, D., C.; SANTOS, M., A., S.; STOPA, S., R.; VIEIRA, J., E., B.; MELO, E., A.; REIS, A., A., C. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MATTOS, G., C., M.; FERREIRA, E., F.; LEITE, I., C., G.; GRECO, R., M. . A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-382, 2014.

OLIVEIRA, J., N.; BEZERRA, W., O.; LIMA, I., C., S.; SILVA, L., D., C.; SILVA, M., E., D., C. O idoso que vive com hipertensão arterial: percepção sobre a terapia medicamentosa. **R. Interd.** v.6, n. 3, p.132-142, 2013.

OLIVEIRA, M., A., C.; PEREIRA, I., C. II. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**; v. 66, n. esp., p. 158-64. 2013

PIERIN, A., M., G.; MION JR, D.; FUKUSHIMA, J., T.; PINTO, A., R.; KAMINAGA, M., M. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 35, n. 1, p. 11-8, mar. 2001.

RADOVANOVIC, C., A., T.; SANTOS, L., A.; CARVALHO, M., D., B.; MARCON, S., S. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; v. 22, n. 4, p. 547-53. 2014

ROSA, W., A., G.; LABATE, R., C. Programa Saúde Da Família: A Construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34; 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. T7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3, Supl. 3, 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em 13 de julh, 2018

TAVARES, D., M., S.; GUIMARÃES, M., O.; FERREIRA, P., C., S.; DIAS, F., A.; MARTINS, N., P., F.; RODRIGUES, L., R. Qualidade de vida e adesão ao tratamento farmacológico entre idosos hipertensos. **Rev Bras Enferm** [Internet]; v. 69, n. 1, p. 134-41, 2016.