

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

MARLOS GERVÁSIO SILVEIRA

**INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O TRATAMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE ITUIUTABA, MINAS
GERAIS**

ITUIUTABA/MG

2018

MARLOS GERVÁSIO SILVEIRA

**INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O TRATAMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE ITUIUTABA, MINAS
GERAIS**

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: Verônica Amorim Rezende

ITUIUTABA/MG

2018

MARLOS GERVÁSIO SILVEIRA

**INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O TRATAMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE ITUIUTABA, MINAS
GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Professor(a) Verônica Amorim Rezende

Examinador 2 – Professor(a) Eulita Maria Barcelos

Aprovado em Belo Horizonte, em 26 de outubro de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha amada esposa Daiane e às minhas filhas Manuela e Giovana, tesouros inestimáveis e mananciais de energia benfazeja.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho não poderia ser concluído sem o precioso apoio de várias pessoas.

Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer à minha orientadora, Professora Verônica Amorim Rezende, pela paciência, empenho e sentido prático com que me orientou neste trabalho. Muito obrigado por me ter corrigido quando necessário sem nunca me desmotivar.

Desejo igualmente agradecer a todos os pacientes atendidos na unidade básica de saúde que foram o mote para que esse trabalho se desenvolvesse.

Agradeço aos colegas de trabalho da equipe de saúde da família, que foram sempre companheiros.

Por último, quero agradecer à minha família pelo apoio incondicional que me deram, especialmente minha esposa Daiane e minhas filhas Manuela e Giovana, pelas idéias inspiradoras, correções necessárias, e pelo amor e paciência com que me ampararam ao longo da elaboração deste trabalho.

(Epígrafe)

Yes, 'n' how many deaths will it take till he knows
That too many people have died?
The answer, my friend, is blowin' in the wind
The answer is blowin' in the wind

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é considerada umas das maiores causas de morbimortalidade no país o que a torna um problema de saúde pública. Esta preocupante situação também foi identificada na comunidade Camargo, do município de Ituiutaba, Minas Gerais. Nota-se que há uma baixa conscientização da comunidade quanto à importância do tratamento e faltam também ações educativas ofertadas pela equipe de saúde da família. Este trabalho teve como objetivo elaborar projeto de intervenção para melhorar o tratamento dos hipertensos da ESF Camargo, localizada no município Ituiutaba, Minas Gerais. Foi realizada também pesquisa bibliográfica, por meio de busca narrativa na literatura, no período de 2007 a 2017, na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), edições do Ministério da Saúde e outros. Para a elaboração do Plano de Intervenção foi utilizado como embasamento o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Foram selecionados como nós críticos para intervenção: falta de compreensão da comunidade quanto à importância do tratamento da hipertensão; a não aplicação de protocolo clínico e de organização do serviço de hipertensão arterial sistêmica e a falta de programação eficiente das atividades (agenda lotada, pouco interesse da comunidade). Espera-se que haja redução das complicações relacionadas à doença, com melhor qualidade de vida aos usuários.

Descritores: Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Doença crônica

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is considered one of the major causes of morbidity and mortality in the country, which makes it a public health problem. This worrying situation was also identified in the Camargo community, in the municipality of Ituiutaba, Minas Gerais. It is noted that there is a low awareness of the community regarding the importance of treatment and also lack educational actions offered by the family health team. This study aimed to develop an intervention project to improve the treatment of hypertensive patients at ESF Camargo, located in the city of Ituiutaba, Minas Gerais. It was also carried out a bibliographic research, through a literature search, from 2007 to 2017, in the database of the Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), editions the Ministry of Health and others. For the elaboration of the Intervention Plan, Strategic Situational Planning (PES) was used as a base. We selected as critical intervention nodes: lack of understanding of the community regarding the importance of treating hypertension; the non-application of clinical protocol and organization of the systemic arterial hypertension service and the lack of efficient programming of activities (busy schedule, little community interest). It is expected that there will be a reduction in complications related to the disease, with a better quality of life for users.

Keywords: Family health strategy. Primary health care. Hypertension. Chronic disease

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CIS/Pontal	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Pontal do Triângulo
DCV	Doenças Cardiovasculares
DRC	Doença Renal Crônica
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SAE	Superintendência de Água e Esgotos de Ituiutaba
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Camargo, localizada no município de Ituiutaba, Minas Gerais.

Quadro 2 – Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “HAS sem tratamento adequado”, na ESF Camargo, localizada no município de Ituiutaba, Minas Gerais

Quadro 3 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema “HAS sem tratamento adequado”, na ESF Camargo, localizada no município de Ituiutaba, Minas Gerais

Quadro 4 - Propostas de ações para a motivação dos atores sobre o problema “HAS sem tratamento adequado”, na ESF Camargo, localizada no município de Ituiutaba, Minas Gerais

Quadro 5 - Operações sobre os nós críticos relacionados ao problema “HAS sem tratamento adequado”, na ESF Camargo, localizada no município de Ituiutaba, Minas Gerais

Quadro 6 – Planilha para acompanhamento de projetos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Breves informações sobre o município Ituiutaba.....	11
1.2 O sistema municipal de saúde.....	12
1.3 A Equipe de Saúde da Família Camargo, seu território e sua população.....	14
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	15
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo).....	15
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVO	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO DE LITERATURA	19
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	23
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	23
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	23
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	24
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	24
6.5 Identificação dos recursos críticos (sétimo passo)	26
6.6 Análise da viabilidade do plano (oitavo passo)	26
6.7 Elaboração do plano operativo (nono passo)	27
6.8 Gestão do plano operativo (décimo passo)	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município Ituiutaba

Ituiutaba está localizada no pontal do Triângulo Mineiro, às margens do rio Tijuco. Tem como municípios vizinhos Cachoeira Dourada, Capinópolis, Canápolis, Gurinhatã, Ipiacu e Santa Vitória, formando com esses o chamado Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Pontal do Triângulo (CIS/Pontal). Sua população, de acordo com a Estimativa Populacional do IBGE, em 2017, é de 104.067 habitantes (IBGE, 2017).

Considera-se que a cidade é um pólo regional. Atende, assim, com uma variedade de serviços, a região do Pontal do Triângulo Mineiro. O agronegócio (agricultura da soja e milho e pecuária de corte e leite) e a prestação de serviços (comércio variado, advocacia, assessoria e consultoria de informática) são suas principais fontes de divisas. Possui também indústrias no setor secundário (IBGE, 2017).

Na área cultural há uma tradição formada pelo conservatório estadual de música, pelos vários artistas renomados que mantêm suas festas religiosas e seus grupos de congado.

Habitavam a região os índios denominados Caiapós. Porém, com a chegada dos homens brancos estes foram expulsos para Goiás e Mato Grosso. Em 1832 um padre chamado Antônio Dias de Gouveia junto com fazendeiros da região, edificou uma capela. Em torno desta tiveram início as primeiras moradias que atualmente fazem parte da divisa dos municípios de Prata e Ituiutaba. Em 16 de setembro de 1901, foi oficializada a criação do município. À época era conhecida com o nome de Vila Platina. Em 1915 recebeu a denominação definitiva de Ituiutaba, que tem significado na língua Tupi como “povoação do rio Tijuco” (IBGE, 2017).

Apresenta uma área territorial de 2.598,046 km². Tem como densidade demográfica 37,40 hab./km².

O índice de desenvolvimento humano (IDHM) em 2010 era de 0,739. O IDHM é composto por três componentes. Um deles é a longevidade que apresentou valor de 0,840, o outro é renda (0,745) e por último a educação (0,644). Percebe-se que o pior aspecto é a educação. O salário médio mensal dos trabalhadores formais, em 2016, era de 2,2 salários mínimos e há 30% da população com rendimento

nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo, em 2010. O Produto Interno Bruto (PIB) per capita de Ituiutaba, no ano de 2016, era de R\$ 26.575,53. O PIB é composto pela somatória do valor econômico de todos os bens e serviços produzidos, sendo utilizado para medir a atividade econômica em determinado lugar (IBGE, 2017).

Observamos uma taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 98,1%, e o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) dos anos iniciais do ensino fundamental foi de 6,3, assim como o IDEB anos finais do ensino fundamental teve nota 5 (IBGE, 2017).

No município de Ituiutaba a taxa de mortalidade infantil, em 2014, era de 5,44 óbitos por mil nascidos vivos. O município conta com esgotamento sanitário adequado de 94,3%. Para o fornecimento de água, o município conta com a Superintendência de Água e Esgotos de Ituiutaba (SAE), que oferta, atualmente, a distribuição de 100% de água tratada e 98% de tratamento de esgoto (IBGE, 2017).

1.2 O sistema municipal de saúde

Na área de saúde, a cidade é sede da microrregião, sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência, e cuidado hospitalar, embora a estrutura do seu sistema de saúde deixe muito a desejar.

Segundo o IBGE o município possui 78 estabelecimentos de saúde, sendo 53 do Sistema Único de Saúde (SUS), três hospitais, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) municipal. No primeiro semestre de 2018 passou a receber a assistência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O município é referência na assistência aos municípios do CIS/Pontal para o atendimento no trabalho de parto, atendimentos de urgência e emergência de média complexidade e casos selecionados de alta complexidade, como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, pancreatite aguda, politraumatismos, cirurgias abdominais complexas e outros. Atende ainda consultas de angiologia, anestesia, pediatria, geriatria, dermatologia, mastologia, oftalmologia, endocrinologia, otorrinolaringologia, cardiologia, reumatologia, pneumologia, neurologia, urologia, psiquiatria, nefrologia, inclusive com um serviço de hemodiálise, gastroenterologia, ortopedia, unidade de terapia intensiva e cirurgia buco-maxilo-facial (IBGE, 2010).

O município não possui serviço de neurocirurgia, cirurgia cardíaca, oncologia, unidade de terapia intensiva pediátrica, hematologia. O município que é referência para estas especialidades é Uberlândia, sede da macrorregião.

Há serviço de apoio ao diagnóstico com ECG, exames laboratoriais, anatomopatológico, cateterismo, colonoscopia, coleta de material de mama e próstata, densitometria óssea, ecodoppler (cardiograma, vertebral, carótidas e vascular periférico), eletroencefalograma, endoscopia digestiva, ressonância magnética, RX contrastado (urografia excretora, uretrocistografia, REED, enema opaco, trânsito intestinal), tomografia computadorizada, teste ergométrico, cintilografia miocárdica, holter e ultrassonografia, sendo que poucos deles são oferecidos pelo SUS.

No intuito de reorganizar a atenção básica, em 2001, o município adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF). São 11 unidades básicas de saúde (UBS), contando com 11 equipes da saúde de família, todas na zona urbana. A maioria delas incompletas em seu quadro de integrantes, ora sem médicos, ora com número reduzido de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), incompatível com as diretrizes do Programa Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2012. Como destaque, nesse quadro, a ESF Camargo, na qual o autor do presente trabalho atua, dispõe de apenas dois ACS em uma área de abrangência com nove micro-áreas predefinidas. Há um total de 3518 pessoas cadastradas.

A rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos, mas também de enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS é um grande problema na cidade. Observa-se em cinco UBS a presença de odontólogos e técnicos de saúde bucal, mas segundo o Diário Oficial da União de 21 de junho de 2018, portaria nº 1360 de 20 de junho de 2018, o número de equipes de saúde bucal (ESB) no município é zero, e conseqüentemente também zero é o valor do repasse financeiro pelo Governo Federal ao município. O atendimento odontológico realizado pelo SUS abarca o atendimento básico de extrações e obturações simples. O município conta com profissionais nas mais diversas especialidades odontológicas, mas com atendimento no setor privado.

O município conta, ainda, com duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), cada uma delas com psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Camargo, seu território e sua população

O bairro que abriga a ESF Camargo, a qual o autor do presente trabalho atua, é o Jardim do Rosário, que atende uma região periférica do município. Observa-se que o saneamento básico do bairro é considerado adequado, com presença de coleta de lixo. A população em sua maioria vive em moradias simples, às vezes casebres insalubres e as taxas de analfabetismo são baixas.

A unidade básica de saúde é situada em área urbana, possui uma equipe incompleta formada por enfermeira, duas técnicas de enfermagem, médico e dois ACS (deveriam ser 5 no mínimo, o ideal seriam 9). O horário de funcionamento da unidade é de 7 às 17 horas, de segunda a sexta, tendo duas horas de almoço. Recebe apoio do NASF, cuja equipe é composta por psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Tem atendimento odontológico em três dias da semana, com uma equipe de saúde bucal, composta por um odontólogo e uma técnica de saúde bucal (conforme descrito acima).

Quanto à ESF Camargo, o espaço da recepção é pequeno, não possui cadeiras. Há lotação nos horários de início de atendimento, gerando tumulto e ansiedade, pois as pessoas ficam em pé. Há uma varanda na entrada com bancos de alvenaria, nos quais os pacientes aguardam serem chamados para o atendimento após o acolhimento inicial. Possui sala de reuniões, consultório odontológico, consultório médico, consultório da enfermagem com mesa ginecológica, sala de curativos, sala de vacina e cozinha.

As reuniões com a comunidade são realizadas na recepção e varanda da unidade e nesse dia são improvisadas cadeiras. A unidade é parcamente equipada com materiais como balança, esfigmomanômetro, estetoscópio, otoscópio e um computador com acesso à internet. Faltam materiais para curativos e materiais para utilização básica.

A população de referência da área de abrangência da equipe Camargo é de 3518 pessoas, distribuídos em 1249 famílias. Além disso, segundo diretriz da secretaria de saúde, a equipe é responsável por atender dois bairros, o Portal dos Ipês e o Residencial Buritis, com população não contabilizada, mas com pelo menos 213 e 328 casas, respectivamente, segundo dados da Prefeitura Municipal.

Há na equipe nove micro-áreas, sendo: 153 famílias na microárea 48; 130 famílias na microárea 49; 150 famílias na microárea 50; 140 famílias na microárea

51; 144 famílias na microárea 52; 120 famílias na microárea 53; 142 famílias na microárea 54; 135 famílias na microárea 62 e 135 famílias na microárea 63.

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

Foi realizado diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF para identificar os problemas da região. Após análise, identificamos alguns problemas de saúde: equipe de ESF incompleta e insuficiente; hipertensos e diabéticos, sem tratamento adequado; alto consumo de benzodiazepínicos e inadequação da estrutura física da UBS.

1.5 Priorização dos problemas

Nesse trabalho priorizaremos o problema “hipertensos sem tratamento adequado”, utilizando os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento.

Quadro 1 - Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Camargo, localizada no município de Ituiutaba, Minas Gerais

Problema	Importância	Urgência (0-5)	Capacidade de enfrentamento da equipe	Seleção
Hipertensos, sem tratamento adequado	Alta	5	Parcial	1
Alto consumo de benzodiazepínicos	Alta	4	Parcial	2
Diabéticos sem tratamento adequado	Média	3	Parcial	3
Equipe de ESF incompleta e insuficiente	Alta	5	Fora	4
Inadequação da estrutura física da UBS	Média	4	Fora	5

2 JUSTIFICATIVA

Aproximadamente 36 milhões de indivíduos no Brasil, 32,5% da população adulta, possuem Hipertensão arterial Sistêmica (HAS). Entre os idosos, mais de 50% tem o diagnóstico, que contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (SCALA *et al.*, 2015).

Registra-se na ESF 762 hipertensos em um total de 3518 usuários, o que representa 21,7% do total da população cadastrada. Na faixa etária de 25 a 59 anos há 303 usuários hipertensos, correspondente a 20% de 1515 indivíduos dessa faixa etária, e 451 hipertensos acima de 60 anos, referentes a 53% da população de 851 indivíduos nessa faixa etária. Espera-se que na faixa etária de 25 a 59 anos 25,8% da população seja hipertensa e na faixa etária acima de 60 anos é esperada 52,5% da população (MINAS GERAIS, 2010). Há também oito hipertensos abaixo de 25 anos. Isso demonstra a relevância de se abordar o tema.

Nota-se também, no cotidiano de trabalho, que na área de abrangência da ESF Camargo existe uma baixa conscientização da comunidade quanto à importância do tratamento das doenças crônicas, em especial, em relação à HAS. Um grande número de pacientes utiliza a medicação inadequadamente, mudando, por conta própria, horários, doses e até o tipo de medicamento prescrito. Dificilmente as orientações relacionadas ao tratamento não medicamentoso são seguidas. Faltam também ações educativas ofertadas pela equipe de saúde da família. Desse modo, elegeu-se o tratamento da hipertensão arterial, de modo adequado, como problema prioritário para intervenção.

3 OBJETIVO

Elaborar projeto de intervenção para melhorar o tratamento dos hipertensos da ESF Camargo, localizada no município Ituiutaba, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Para elaboração da proposta de intervenção foi realizado, primeiramente, o diagnóstico situacional, utilizando-se o método da estimativa rápida. Após foram realizados os dez passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme proposto no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foi realizada também pesquisa bibliográfica, por meio de busca narrativa na literatura, no período de 2007 a 2017, na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), edições do Ministério da Saúde e outros. Para nortear a busca foram utilizados os seguintes descritores: Hipertensão; Doenças Crônicas; Atenção Primária à Saúde e Saúde da Família.

5 REVISÃO DE LITERATURA

As doenças cardiovasculares (DCV) fazem parte do grupo das maiores causas de morbimortalidade dos brasileiros. Estudos apontam que estas doenças são responsáveis por 29,8% de todas as causas de morte em nosso país, além de gerarem mais de 75 internações por 10.000 habitantes, no ano de 2012, segundo o DATASUS. Considera-se como sendo de causas multifatoriais (MALACHIAS, 2016).

Entre as DCV, a HAS se mostra como um dos problemas de saúde pública mais relevantes e recorrentes no mundo, atingindo 25% da população adulta nos Estados Unidos e 32% no Brasil (SCALA; MAGALHÃES.; MACHADO, 2015). Nota-se também que em 77% dos pacientes que sofreram acidente vascular encefálico e 69% das vítimas de infarto do miocárdio há associação de HAS (MALACHIAS, 2016).

A HAS é uma doença crônica, multifatorial (hereditariedade, idade, sexo, raça, dieta, sedentarismo, tabagismo, estresse e medicamentos), silenciosa, que se não controlada, pode resultar em complicações como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), doença renal crônica (DRC) e morte, e por isso deve ser diagnosticada, controlada e tratada precocemente (BRANDAO, 2010).

Há conhecimento que o diagnóstico da HAS não é de difícil diagnóstico e que o tratamento realizado de forma adequada é eficiente. As mudanças no estilo de vida (tratamento não medicamentoso) e o tratamento medicamentoso são fundamentais para o controle da pressão arterial. A mudança dos hábitos para um estilo de vida saudável, ou seja, com melhora na alimentação, destacando a dieta DASH, com a redução na ingestão de sódio, a cessação do tabagismo e diminuição no consumo de bebidas alcoólicas, além da prática de atividade física, é fundamental para o bom controle do nível pressórico. Isso vale tanto nos pacientes que necessitam do uso de medicamentos, como naqueles que não têm essa indicação (AMODEO *et al*, 2008).

Diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares é a finalidade principal do tratamento da hipertensão arterial, ficando a cargo dos anti-hipertensivos reduzir a pressão arterial, os eventos cardiovasculares fatais e não-fatais, e a taxa de mortalidade, quando exequível. Os medicamentos que suprem esse papel são

diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores do receptor AT_1 da angiotensina e antagonistas dos canais de cálcio. Betabloqueadores, principalmente o atenolol, tem menor efeito nesta redução quando comparados com os demais anti-hipertensivos. Entre os diuréticos, utilizam-se de preferência os tiazídicos, em baixas doses. Na presença de insuficiência renal com taxa de filtração glomerular abaixo de $30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ com hipertensão associada, escolhe-se os diuréticos de alça, assim como na insuficiência cardíaca com retenção de volume. Por certo, os inibidores adrenérgicos têm um discreto efeito hipotensor quando usados isoladamente, sendo úteis, no entanto, se associados com anti-hipertensivos de outras classes, em especial na presença de hiperatividade simpática. Dentre eles se destacam a clonidina e o guanabenz, a moxonidina, a rilmenidina e a alfametildopa, sendo essa, o medicamento de escolha no tratamento das grávidas com HAS. Os Betabloqueadores são eficazes na diminuição da pressão arterial, da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Entretanto em indivíduos com mais de 60 anos não se mostram eficazes na redução de AVE, ficando, assim, indicados nos portadores de coronariopatia, ou com disfunção sistólica, arritmias cardíacas e infarto do miocárdio prévio. Igualmente, os Antagonistas dos canais de cálcio, como nifedipina, anlodipina, nifedipina, felodipina, diltiazem e verapamil, são eficientes na diminuição da pressão arterial e reduzem a morbidade e mortalidade cardiovasculares, sendo recomendados os de longa duração. Assim também são os Inibidores da enzima conversora da angiotensina, capazes de reduzir a pressão arterial, limitam a morbidade e a mortalidade cardiovasculares em pacientes com HAS, insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, principalmente naqueles com fração de ejeção baixa. Têm ainda uma importante função na prevenção secundária do AVE. Em pacientes com nefropatia diabética ou por outras causas, devem ser administrados por longo prazo, pois retardam a perda da função renal. Analogamente, os Bloqueadores dos receptores AT_1 da angiotensina II diminuem a pressão arterial, principalmente na população com alto risco cardiovascular, possibilitando a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular, contribuindo no tratamento da insuficiência cardíaca congestiva e na prevenção do AVE, além de atuar na nefroproteção em pacientes diabéticos com nefropatia já em curso e inicial. Podem ser usados em monoterapia ou em associação entre as diferentes classes, principalmente, nesse caso, nos pacientes com alto risco cardiovascular, diabéticos, com insuficiência renal crônica,

mesmo que em fase inicial e na prevenção primária e secundária do AVE. A combinação de inibidor da ECA e bloqueador do receptor AT₁ da angiotensina II não traz benefício cardiovascular adicional, além de aumentar o risco de eventos adversos, estando, então, contra-indicado a sua utilização seu uso, a não ser em casos de insuficiência cardíaca classes 3 e 4 da NYHA ou pacientes com proteinúria (MALACHIAS, 2016).

Segundo Daniel e Veiga (2013), em um estudo descritivo não experimental com 80 pacientes hipertensos, mais de 50% dos pacientes não aderem ao tratamento medicamentoso para a hipertensão arterial, o que traz a necessidade de desenvolver estudos que identifiquem os fatores causais deste comportamento de não adesão.

Pinho e Pierin (2013) ao avaliar estudos de base populacional que se nortearam por valores menores a 140/90 mmHg para sistólica e diastólica, respectivamente, em pacientes que seguiam em tratamento, identificaram valores de controle que variaram de 10,1% a 52,4%, sinalizando que na melhor das circunstâncias, cerca da metade dos pacientes com HAS sob tratamento se consideram susceptíveis às complicações da doença em consequência da falta de controle pressórico. Concluiu-se, então, a necessidade de estudos populacionais com abrangência nacional, utilizando critérios de avaliação que considerem as recomendações vigentes para planejar com mais eficácia a abordagem às pessoas hipertensas colaborando, assim, para a redução da morbimortalidade cardiovascular.

Percebe-se que modificações de hábitos para um de estilo de vida saudável e a à aderência ao tratamento medicamentoso foram ampliadas quando há participação dos hipertensos em grupos operativos (HACIHASANOĞLU; GÖZÜM, 2011). As práticas educativas têm um importante papel na construção de conhecimentos em saúde, desde que valorize a conveniência da população e estimule sua autonomia referente ao seu cuidado, tornando mais robusto o modelo de atenção em saúde, fortalecendo a prática do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde, direcionando-os a realizar os desejos dos cidadãos e conseqüentemente promovendo a inclusão social e a autonomia das populações na participação em saúde (PEREIRA, 2015).

Os profissionais da atenção primária, principalmente aqueles da ESF, ao atuarem de modo multidisciplinar, têm um papel essencial no controle da hipertensão arterial, bem como na prevenção da doença. Nota-se que para permitir

resultados mais eficazes deve-se utilizar a prática centrada na pessoa, incluindo também a comunidade, com a definição e implementação de estratégias modificadoras, além do estabelecimento de um processo de educação permanente com os profissionais da equipe e a população (BRASIL, 2013).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Hipertensos, sem tratamento adequado”.

6.1 Descrição do problema selecionado

A HAS é um grave problema de saúde no Brasil, e o mesmo se pode dizer da cidade de Ituiutaba e também da área de abrangência da ESF Camargo. Apesar da insuficiente análise quantitativa de hipertensos em nossa área de abrangência em decorrência do número reduzido de ACS, temos informações de registros não oficiais disponíveis na UBS que indicam que estão cadastrados na ESF 762 hipertensos em um total de 3518 usuários, o que representa 21,7% do total da população cadastrada. Na faixa etária de 25 a 59 anos há 303 usuários hipertensos, correspondente a 20% de 1515 indivíduos dessa faixa etária, e 451 hipertensos acima de 60 anos, referentes a 53% da população de 851 indivíduos nessa faixa etária. Como descrito acima, espera-se que na faixa etária de 25 a 59 anos 25,8% da população seja hipertensa e na faixa etária acima de 60 anos é esperada 52,5% da população (MINAS GERAIS, 2010)

6.2 Explicação do problema

A partir da vivência diária, observou-se que na área de abrangência da ESF Camargo existe uma baixa conscientização da comunidade quanto à necessidade de tratamento das doenças crônicas, principalmente quanto à hipertensão. Um expressivo número de pacientes não se interessa, desconhece ou não realiza as mudanças necessárias no estilo de vida, como a dieta adequada, combate ao sedentarismo e cessação do tabagismo, por exemplo. Além disso, muitos usuários utilizam de maneira inadequada os medicamentos indicados, mudando, por conta própria, horários, doses e até o tipo de medicação prescrito. Faltam também ações educativas ofertadas pela ESF e há, muitas vezes, um não seguimento do protocolo clínico de hipertensão, conforme recomendado. Justifica-se devido ao tempo escasso da equipe de saúde da família diante do elevado número de pacientes que demandam atendimento na UBS e por haver incompletude da equipe. Isso tem feito

com que haja desvio de atribuições de alguns profissionais, como técnicas de enfermagem, que necessitam fazer a recepção de pacientes e organização de prontuários ao invés de atuar em suas respectivas funções. Além disso, o médico tem que suprir o atendimento a uma população acima que a recomendada pelo Ministério da Saúde. Isso faz com que fique para segundo plano o planejamento de ações essenciais à promoção de saúde da população.

6.3 Seleção dos nós críticos

Foram selecionados os seguintes nós críticos relacionados aos hipertensos, sem tratamento adequado na ESF Camargo:

- Falta de compreensão da comunidade quanto à importância do tratamento da hipertensão.
- Não utilização de protocolo clínico e de organização do serviço de HAS.
- Falta de programação eficiente das atividades, devido à sobrecarga da agenda lotada e baixa procura da comunidade pelas ações de saúde ofertadas.

6.4 Desenho das operações

Para solução dos nós críticos foram propostas algumas operações e projetos.

Quadro 2 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “HAS sem tratamento adequado”, na ESF Camargo, localizada no município de Ituiutaba, Minas Gerais

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Falta de compreensão da comunidade quanto à importância do tratamento da hipertensão	Utilizar Grupos Operativos. Promover um adequado funcionamento do grupo operativo de Hipertensão, estimulando a participação da população em suas atividades.	Pessoas mais informadas e cientes sobre a hipertensão arterial.	Análise do nível de informação da população sobre a hipertensão arterial. Grupos operativos sobre a hipertensão arterial	Organizacional : Estruturar agenda para as atividades Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação Financeiro: recursos para confecção de panfletos Político: mobilização social

<p>Não aplicação de protocolo clínico e de organização do serviço de HAS</p>	<p>Utilizar os protocolos. Adotar as orientações do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde acerca da Hipertensão Arterial.</p>	<p>Condutas padronizadas e processo de trabalho organizado.</p>	<p>Protocolo elaborado e implementado.</p>	<p>Cognitivo: informação sobre os temas a serem expostos no protocolo</p> <p>Organizacional : planejar e montar protocolo</p> <p>Político: Articulação da equipe com gestores</p> <p>Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, Folhetos e de exames para o acompanhamento dos hipertensos, segundo protocolo.</p>
<p>Falta de programação eficiente das atividades, devido sobrecarga da agenda, e baixa procura da comunidade pelas ações de saúde ofertadas</p>	<p>Elaborar agenda programada. Organizar a agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária à saúde.</p>	<p>Agendas organizadas.</p> <p>Atendimento com Horário programado, sem pacientes extras.</p> <p>Atividades sendo realizadas de forma planejada e organizada.</p> <p>Satisfação dos usuários e melhor adesão.</p>	<p>Programação mensal das atividades (consultas médicas, consultas de enfermagem, grupos operativos).</p>	<p>Organizacional : organização das atividades da equipe e implementação da agenda programada</p> <p>Político: Articulação entre gestão e equipe para a adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada.</p> <p>Financeiro: recursos para capacitação dos profissionais</p>

				Cognitivo: Conhecimentos acerca do tema
--	--	--	--	---

6.5 Identificação dos recursos críticos

Os recursos críticos para a execução das operações estão apresentados no quadro 3. Esses recursos são essenciais para a aplicação do projeto.

Quadro 3 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema “HAS sem tratamento adequado”, na ESF Camargo, localizada no município de Ituiutaba, Minas Gerais

Operação /Projeto	Recursos críticos
Utilizar Grupos Operativos.	Organizacional: Estruturar agenda para realizar os grupos Político: mobilização social
Utilizar os protocolos.	Financeiro: Conseguir os exames necessários para seguimento do paciente hipertenso. Político: Articulação da equipe com gestores
Elaborar agenda programada.	Político: Articulação entre gestão e equipe para a adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada Organizacional: organização das atividades da equipe e implementação da agenda programada

6.6 Análise da viabilidade do plano

A ESF não controla todos os recursos necessários. No quadro abaixo está apresentada proposta de ação para a motivação dos atores.

Quadro 4 - Propostas de ações para a motivação dos atores sobre o problema “HAS sem tratamento adequado”, na ESF Camargo, localizada no município de Ituiutaba, Minas Gerais

Operações/projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação Estratégica
Utilizar Grupos Operativos. Promover um adequado funcionamento do grupo operativo de Hipertensão, estimulando a participação da população nas	Organizacional: organizar agenda para realizar os grupos Político: mobilização social	Equipe Saúde da Família	Favorável	Apresentação do projeto.

atividades do mesmo.				
Utilizar os protocolos. Adotar as orientações do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde acerca da Hipertensão Arterial.	Financeiro: Conseguir os exames necessários para seguimento do paciente hipertenso. Político: Articulação da equipe com gestores	Coordenador da Atenção Primária à Saúde Secretário Municipal de Saúde Equipe de Saúde da Família	Favorável Favorável Favorável	Apresentar projeto para a Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e funcionários da Atenção Primária à Saúde.
Elaborar agenda programada. Organizar a agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária à saúde.	Político: Articulação entre gestão e equipe para a adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada Organizacional: organização das atividades da equipe e implementação da agenda programada	Equipe de Saúde da Família	Favorável	Apresentar o projeto para a equipe

6.7 Elaboração do plano operativo

Na elaboração do plano operativo são designados os responsáveis por cada operação e o prazo.

Quadro 5 - Operações sobre os nós críticos relacionados ao problema “HAS sem tratamento adequado”, na ESF Camargo, localizada no município de Ituiutaba, Minas Gerais

	Nó crítico 1	Nó crítico 2	Nó crítico 3
Operação	Utilizar Grupos Operativos	Utilizar os protocolos	Elaborar agenda programada
Projeto	Promover um adequado funcionamento do grupo operativo de Hipertensão, estimulando a participação da população nas atividades do mesmo	Adotar as orientações do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde acerca da Hipertensão Arterial	Organizar a agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária à saúde
Resultados esperados	Pessoas mais informadas e cientes sobre a hipertensão arterial	Condutas padronizadas e processo de trabalho organizado	Agendas organizadas. Atendimento com horário programado, sem pacientes extras. Atividades sendo realizadas de forma planejada e organizada. Satisfação dos usuários e melhor adesão
Produtos esperados	Análise do nível de informação da população sobre a hipertensão arterial. Grupos operativos sobre a hipertensão arterial	Protocolo elaborado e implementado	Programação mensal das atividades (consultas médicas, consultas de enfermagem, grupos operativos)
Recursos necessários	Organizacional: Estruturar agenda para as atividades Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação Financeiro: recursos para confecção de	Cognitivo: informação sobre os temas a serem apresentados no grupo operativo Organizacional: planejar e montar protocolo Político: Articulação da	Organizacional: organização das atividades da equipe e implementação da agenda programada Político: Adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada.

	panfletos Político: mobilização social	equipe com gestores Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos. Conseguir os exames necessários para seguimento do paciente hipertenso	Financeiro: recursos para capacitação dos profissionais Cognitivo: Conhecimentos acerca do tema
Recursos críticos	Organizacional: Estruturar agenda para realizar os grupos Político: mobilização social	Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos. Conseguir os exames necessários para seguimento do paciente hipertenso Político: Articulação da equipe com gestores	Político: Articulação entre gestão e equipe para a adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada Organizacional: organização das atividades da equipe e implementação da agenda programada
Ações estratégicas	Apresentação do projeto	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e funcionários da Atenção Primária à Saúde	Apresentar o projeto para a equipe
Prazo	Apresentação do projeto em 2 meses	Apresentação do projeto em 2 meses	Início imediato
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Enfermeira	Médico	Enfermeira

6.8 Gestão do plano operativo

Quadro 6 – Planilha para acompanhamento de projetos

Operação	Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Utilizar Grupos Operativos	Análise do nível de informação da população sobre a	Enfermeira	Apresentação do projeto em 2 meses			

	hipertensão arterial					
Utilizar os protocolos	Protocolo elaborado e implementado	Médico	Apresentação do projeto em 2 meses			
Elaborar agenda programada	Programação mensal das atividades (consultas médicas, consultas de enfermagem, grupos operativos)	Enfermeira	Início imediato			

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O maior desafio da equipe de saúde da família do bairro Camargo, ao considerar o tratamento dos casos diagnosticados de HAS, é dar o primeiro passo e manter o acompanhamento regular desses pacientes convencendo-os à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Há várias abordagens para aumentar a adesão ao tratamento, mas na prática nem sempre há concordância dos pacientes. A fim de melhorar a aderência à terapêutica anti-hipertensiva e a melhora do tratamento dos hipertensos, com a adoção de um estilo de vida saudável, elaborou-se um plano de ação para o enfrentamento do problema. Com o intuito de facilitar o acesso ao atendimento, orientar os pacientes sobre a HAS, sua característica silenciosa, e a importância da adesão à terapêutica, encorajando modificações no estilo de vida, programou-se, em dez passos, um planejamento em saúde. Foi proposto implementar uma agenda programada, formar grupos operativos para hipertensos e efetivar consultas de acompanhamento para todos os hipertensos cadastrados. Além disso, teve-se a pretensão, de acordo com a necessidade, de receber apoio de outros profissionais de Saúde do NASF (psicólogo, nutricionista, assistente social, educador físico). A equipe notou, ao elaborar o plano de ação para acompanhamento aos portadores de HAS, o quanto é essencial se embasar em um diagnóstico situacional para conhecer os problemas da área de abrangência e identificar quais possivelmente podem ser abordados. A elaboração da proposta de intervenção permitiu que a equipe formulasse propostas baseadas em evidências e de modo resolutivo, contando com a colaboração da população e da gestão local de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMODEO, C *et al* Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. In: SERRANO JÚNIOR C. V., TIMERMAN A., STEFANINI E. (Org.). **Tratado de cardiologia SOCESP**. 2ed.Barueri, SP: Manole, 2008, v. 2, p. 678-688.

BRANDAO, Andréa A. et al. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 32, supl. 1, p. 1-4, Sept. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000500003&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Ago. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002010000500003>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1360, de 20 de junho de 2018. Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Equipes de Consultório na Rua (eCR), Equipe de Saúde da Família Fluvial/Unidade Básica de Saúde da Família Fluvial (ESFF/UBSF), Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) e Unidade Odontológica Móvel (UOM), com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**. Brasília, 21 jun.2018. Disponível em: <http://impresanacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/26770095/do1-2018-06-21-portaria-n-1-360-de-20-de-junho-de-2018-26769880> Acesso em: 24 ago. 2018.

BRASIL. IBGE. **Assistência Médica Sanitária**, 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ituiutaba/pesquisa/32/28163>> Acesso em: 22 ago. 2018.

BRASIL. IBGE. **Brasil em síntese**, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ituiutaba/panorama>> Acesso em: 22 ago. 2018.

BRASIL. IBGE. **Censo Demográfico**, 2017. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_TCU_2017_20180618.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2018.

BRASIL. IBGE. **Enciclopédia dos Municípios Brasileiros**, 1959. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv27295_25.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>> Acesso em: 25 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAB**, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>> Acesso em: 24 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica . Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

DANIEL, A. C. Q. G.; VEIGA, E. V. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein** (São Paulo) [online]. 2013, vol.11, n.3, pp.331-337. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082013000300012&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 13 ago. 2018.

HACIHASANOĞLU R.; GÖZÜM S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. **J Clin Nurs** 2011; 20(5-6):692-705. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21320198>> Acesso em: 13 ago. 2018.

MALACHIAS M. V. B., et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol** 2016; 107(3Supl.3):1-83 <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf> Acesso em: 25 ago. 2018.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina IV- Organização da Atenção Programada/** Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2010.

PEREIRA F. G. F., et al. Práticas educativas em saúde na formação de acadêmicos de enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2015; 20(2):332-7. <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/39767/25546>> Acesso em: 08 out. 2018.

PINHO N. DE A. , PIERIN A. M. O controle da hipertensão arterial em publicações brasileiras. **Arq Bras Cardiol**. 2013;101(3):e65-73. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013002900020> Acesso em: 24 set. 2018.

SCALA L. C., MAGALHÃES L. B., MACHADO A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: MOREIRA S.M., PAOLA A. V.; Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2015. cap. 1. p. 862-8.