

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZACAO GESTÃO DO CUIDADO EM SAUDE DA FAMILIA

YAMILET LARENA LABRADA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ALCANÇAR A ADEÇÃO
ADEQUADA AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SÃO PEDRO DE AVAÍ - MINAS GERAIS.**

IPATINGA- MG

2018

YAMILET LARENA LABRADA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ALCANÇAR A ADESÃO
ADEQUADA AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SÃO PEDRO DE AVAÍ - 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: Prof^a. Maria Edna Bezerra da Silva

IPATINGA- MG

2018

YAMILET LARENA LABRADA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ALCANÇAR A ADEÇÃO
ADEQUADA AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SÃO PEDRO DE AVAÍ - MG.**

Banca Examinadora:

Prof^a Maria Edna Bezerra da Silva (Orientadora) – UFAL

Pro^a. Maria das Graças Monte Mello Taveira - UFAL

Aprovado em Belo Horizonte, em 04 de outubro de 2018.

DEDICATORIA

Aos meus filhos, que são a fonte de inspiração,

A meu esposo, por seu amor e apoio incondicional,

A meus pais por sua educação.

.

AGRADECIMENTOS

Aos meus professores do curso de Especialização Estratégia Saúde da Família

À minha Equipe de Saúde do São Pedro do Avaí.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica, também conhecida como pressão alta, é conceituada pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 1 como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos, que consistem na hipertrofia cardíaca e vascular. As estatísticas sobre hipertensão arterial sistêmica são alarmantes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 600 milhões de pessoas no mundo tenham hipertensão arterial sistêmica. No continente americano a hipertensão afeta cerca de 140 milhões de pessoas, metade das quais desconhece ser portadora da doença por não apresentar sintomas e não procurar serviços de saúde, e dentre as pessoas que se descobrem hipertensas, 30% não realizam o tratamento adequado por falta de motivação ou de recursos financeiros próprios. Na América Latina e no Caribe, estima-se que de 8% a 30% da população sejam hipertensas. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grande desafio para a atenção primária de saúde no distrito São Pedro de Avai, município de Manhuaçu Minas Gerais. Dos 710 pacientes hipertensos cadastrados no Programa HIPERDIA, apenas 465 (65.4%) aderem ao tratamento farmacológico. Baseado nisso, a ESF São Pedro de Avai compreendeu a necessidade de desenvolver uma proposta de intervenção para modificar a situação vivenciada. Foi elaborado um plano de intervenção analisando a intersetorialidade na gestão da Estratégia de Saúde da Família, utilizando o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado, seguindo os passos propostos por Campos, Faria e Santos(2010).

Palavras chave: Hipertensão Arterial, Plano de Intervenção, Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension, also known as high blood pressure, is conceptualized by the V Brazilian Guidelines for Hypertension 1 as a syndrome characterized by the presence of elevated blood pressure levels associated with metabolic, hormonal and trophic changes, which consist of cardiac and vascular hypertrophy. Statistics on systemic arterial hypertension are alarming. The World Health Organization (WHO) estimates that 600 million people worldwide have systemic arterial hypertension. In the American continent, hypertension affects about 140 million people, half of whom are unaware of being a carrier of the disease because they do not present symptoms and do not seek health services, and 30% of people who discover hypertension do not adequately treat for lack motivation or financial resources. In Latin America and the Caribbean, it is estimated that between 8% and 30% of the population are hypertensive. Systemic Arterial Hypertension (SAH) presents a great challenge for the Brazilian health system, and for primary health care in the district of São Pedro de Avaí, in the municipality of Manhuaçu, Minas Gerais. Of the 710 hypertensive patients enrolled in the HIPERDIA Program, only 465 (65.4%) adhered to the pharmacological treatment. Based on this, the ESF São Pedro de Avaí understood the need to develop a proposal for intervention to modify the situation experienced. An intervention plan was made taking into account the intersectoriality in the management of the Family Health Strategy, using the Simplified Situational Strategic Planning Method (PES), following the steps proposed by Campos, Faria and Santos(2010).

Keywords: Arterial Hypertension, Intervention Plan, Family Health Strategy

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

DCV – DOENÇA CARDIOVASCULAR

ESF – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

HAS – HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

IDH – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

IDEB – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

NASF - NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DE FAMÍLIA

SIAB - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

USF – UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

LISTAS DE QUADROS

QUADRO 1. Perfil epidemiológico da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família São Pedro de Avaí - município de Manhuaçu/M.G, 2018.....pág.9

QUADRO 02- Desenho das Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Equipe de Saúde pouco preparado para enfrentar o problema”, na comunidade São Pedro de Avaí, do município Manhuaçu, estado de Minas Gerais. 2018.....pág.21

QUADRO 03. Desenho das Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Deficiência na atenção dos pacientes com hipertensão arterial, em toda estrutura do sistema de saúde”, na comunidade sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São Pedro de Avaí, do município Manhuaçu, estado de Minas Gerais.2018.....pág.22

QUADRO 04. Desenho das Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Maus hábitos de vida da população”, na comunidade sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São Pedro de Avaí, do município Manhuaçu, estado de Minas Gerais, 2018.....pág.24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO _____	8
1.1 Aspectos gerais do município _____	8
1.2 Aspectos da comunidade _____	8
1.3 O sistema municipal de saúde _____	9
1.4 A Unidade Básica de Saúde São Pedro do Avaí _____	10
1.5 A Equipe de Saúde da Família São Pedro do Avaí, da Unidade Básica de Saúde São Pedro do Avaí _____	11
1.6 O dia a dia da equipe São Pedro do Avaí _____	11
1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) _____	12
1.8 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo) _____	12
2 JUSTIFICATIVA _____	13
3 OBJETIVOS _____	14
3.1 Objetivo geral _____	14
3.2 Objetivos específicos _____	14
4 METODOLOGIA _____	15
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA _____	16
6 PLANO DE INTERVENÇÃO _____	20
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) _____	20
6.2 Explicação do problema (quarto passo) _____	20
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) _____	20
6.4 Desenho das operações (sexto passo) _____	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	26
REFERÊNCIAS _____	27

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Manhuaçu localiza-se na porção leste do Estado de Minas Gerais, distando deste, cerca de 280 quilômetros da capital. Sua população estimada pelo IBGE em 2014 era de 84.934 habitantes. Desde 2017, o município pertence às Regiões Geográficas Intermediária de Juiz de Fora e Imediata de Manhuaçu.

O café ainda representa boa parte da renda da cidade, sendo característico da região. Mas, hoje, Manhuaçu conta com uma boa prestação de serviços abrindo espaços para novos elementos no setor de varejo. Isso fez com que grandes redes se instalassem na cidade.

Com essas mudanças em menos de três anos, o comércio local se aprimorou obrigando pequenas lojas típicas da cidade a investirem maciçamente para atrair os clientes. O setor de prestação de serviços vem crescendo também junto com essa alta: novas empresas relacionadas com cobrança, marketing, TV, rádio, assim como também telefonia fixa e móvel, se instalaram e hoje operam com ganhos muito significativos. A cidade tornou-se um pólo comercial e industrial.

Ainda segundo dados do IBGE (2014), A população do município apresenta os seguintes dados: Índice de desenvolvimento humano – IDH no valor de 0,776; 81% da população vive na área urbana; mortalidade infantil de 14,6/1000 e com uma expectativa de vida de 73 anos. Ou seja possui de forma geral, boas condições socioeconômicas, o que reflete na qualidade de vida da população e nos indicadores de saúde (PNUD/2010).

1.2 Aspectos da comunidade São Pedro do Avai

São Pedro do Avai é um distrito do município de Manhuaçu. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população é de 3 591 habitantes, sendo 1 801 homens e 1 790 mulheres, possuindo um total de 1 140 domicílios particulares.

Quadro 1. Perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF, da Unidade de Saúde Da Família São Pedro de Avaí - município de Manhuaçu/M.G, 2018

INDICADORES	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	TOTAL
Proporção de idosos	180	213	185	223	801
Pop. 60 anos e mais/pop total	5.05	5.93	5.15	6.21	22.30
Pop. alvo para rastreamento de câncer de mama	190	185	178	205	758
Pop. alvo para rastreamento de câncer de colo	215	121	153	270	759
Pop. alvo para rastreamento de câncer de próstata	151	157	174	132	614
Portadores de hipertensão arterial esperados:	278	340	326	290	1234
Portadores de hipertensão arterial cadastrados: à SIAB	120	132	127	130	509
Relação hipertensa esperado-cadastrados	120	132	127	130	509
Portadores de diabetes esperados:	70	44	55	88	257
Portadores de diabetes cadastrados: à SIAB	46	50	52	45	101
Relação diabéticos esperados/cadastrados	46	50	52	45	101

Com relação as condições de saneamento da área da equipe de saúde de São Pedro, observa-se que quanto ao destino dos dejetos, 413 domicílios usam a rede pública, porem ainda tem 106 famílias que jogam os seus dejetos a céu aberto. Do total das 897 famílias cadastradas na equipe, 549 usa a rede publica de abastecimento de água.

Ainda quanto ao grau de escolaridade, apenas 24% da população é analfabeta.

1.3 O sistema municipal de saúde

O Serviço de Atenção Primaria do município de Manhuaçu engloba 19 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), dessas três são rurais, com cobertura para um 76% da população municipal. A rede de atenção básica do

município possui 6 unidades Básicas de Saúde tradicional e ESF, também existe o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em funcionamento, com cobertura de 17% da população. Conta com duas equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que possui os seguintes profissionais: farmacêutico, fisioterapeuta, educador físico, assistente social, nutricionista, psicólogo.

Manhuaçu conta com um sistema de referência e contra referência que inclui seis centros de referência: Centro de Referência em Atenção a Saúde (CRASE), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i) e Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM). Possui 155 leitos para internação em estabelecimentos de saúde em dois hospitais gerais, sendo 1 público, e 1 filantrópico. Possui uma central de marcação para que os encaminhamentos da Atenção Primária sejam referenciados para atendimento de especialidades. A Secretaria Municipal de Saúde possui 21 especialidades, no momento, atendendo em seus Centros de referência.

1.4 A Unidade Básica de Saúde São Pedro de Avaí.

A Unidade Básica de Saúde São Pedro de Avaí, no município de Manhuaçu. Foi a novena unidade a ser implantada no município, inaugurada em 2010. Na área de abrangência da equipe tem um total de 1 140 famílias cadastradas distribuídas em 9 áreas de abrangência. É um local construído especificamente para ser uma Unidade de Saúde da Família, é antiga, porém bem conservada e passou reformas recentemente. Sua área pode ser considerada adequada considerando a demanda e a população atendida, embora o espaço físico seja muito bem aproveitado.

A área destinada à recepção é grande, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), o atendimento é facilitado e motivo de satisfação de usuários e profissionais de saúde. Existe espaço e cadeiras para todos, podem aguardar o atendimento com condições. Existe sala de reuniões, razão pela qual a Equipe faz suas reuniões de modo bastante agradável.

As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas no Salão da Unidade de Saúde.

A população tem muito apreço pela Unidade, que é fruto de anos de luta da associação de moradores. A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe. Até este momento funciona: mesa ginecológica, glicosímetro, nebulizador, instrumental para pequenos curativos.

1.5 A Equipe de Saúde da Família São Pedro do Avai, da Unidade Básica de Saúde São Pedro do Avai

A Unidade tem como modelo de atenção a Estratégia de Saúde da Família. O atendimento é feito diariamente, por uma equipe multiprofissional composta por 9 agentes comunitários de saúde - ACS, 1 serviços gerais, 1 técnica de enfermagem, 1 enfermeira, 1 medico, além de profissionais como Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista e Técnico em Farmácia do Núcleo de Apoio a Saúde de Família – NASF.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe São Pedro do Avai

A equipe da Unidade de Saúde tem atuação no território, desenvolvendo ações educativas que podem contribuir no processo de saúde-doença da população. São programadas as atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com priorização de intervenções clínicas ou sanitárias e dos grupos de risco, bem como e os fatores de risco nos problemas de saúde, de doenças e danos evitáveis.

O planejamento da agenda de trabalho, toma como norte ações que garantam a resolutividade à demanda espontânea. Também realiza se uma atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a Unidade. Há muito o que fazer um trabalho de educação em saúde, que contribua para a reflexão e importância de trocar os estilos de vida para melhorar a qualidade de vida da população.

A Equipe está ocupada quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças desnutridas.

A equipe faz outras ações de saúde, como por exemplo, palestras a grupos de hipertensos e diabéticos. Todos os dias planeja-se o trabalho, agendando as visitas domiciliares dos doentes que precisam um seguimento continuado e se faz a programação da próxima semana, trabalhando com aspectos fundamentais como a valorização da educação na vida familiar, na convivência humana.

É muito importante a responsabilidade dos agentes comunitários de saúde, na realização de atividades de prevenção de saúde, conhecendo os problemas da comunidade onde atua, as condicionantes e determinantes, sendo a Unidade Básica de Saúde a porta de entrada ao sistema.

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

Após a realização do diagnóstico situacional do território estudado foi possível identificar e definir os principais problemas encontrados nessa área de abrangência. O problema com maior relevância na equipe de saúde, foi alta incidência de pacientes hipertensos com baixa adesão ao tratamento, fato de grande gravidade uma vez que a hipertensão é o fator de risco mais importante das doenças cardiovasculares. Além disso, avaliando a solução deste problema pode ser resolvido com poucos recursos. É necessário para isso o trabalho da equipe de saúde baseado em atividades educativas de promoção e prevenção com pacientes.

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

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresenta um grande desafio para a atenção primária de saúde no distrito de São Pedro de Avaí. Dos 710 pacientes hipertensos cadastrados no Programa HIPERDIA, apenas 465 (65.4%) aderem ao tratamento farmacológico. Baseado nisso, a Equipe de Saúde da Família compreendeu a necessidade de desenvolver uma proposta de intervenção para modificar a situação vivenciada mediante o aumento da adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial em Pacientes.

2 JUSTIFICATIVA

Diversos estudos (TOLEDO *et al.* 2007; MANO, 2009; BRASIL, 2002; MION JÚNIOR e PIERIN, 2001) referem a elevada prevalência da hipertensão arterial na população brasileira, estando avaliada como um enorme fator de risco para as principais causas de morte no país.

Baseado nisto, a Equipe de Saúde da Família São Pedro de Avaí compreendeu a necessidade de desenvolver uma proposta de intervenção para modificar a situação vivenciada. Espera-se que este plano tenha a capacidade de contribuir na mudança de comportamento dos pacientes, melhorar os indicadores de adesão farmacológica e, conseqüentemente melhorar a qualidade de vida e de saúde dessa população.

O trabalho e plano desenvolvido são de grande importância para os profissionais de saúde, e principalmente para os usuários assistidos pela equipe.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para melhora de adesão ao tratamento de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica atendidos, com estratégias de educação em saúde, na Unidade de Saúde da Família São Pedro de Avai, Município de Manhuaçu, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os fatores de risco para hipertensão arterial na comunidade;
- Desenvolver estratégias e alternativas que aumentem a adesão ao tratamento da hipertensão;
- Discutir a importância da educação em saúde no controle da hipertensão arterial com os usuários e grupo do HIPERDIA.

4 METODOLOGIA

Para subsidiar o plano de intervenção foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema por meio de levantamento de textos, livros, artigos científicos, coletados nas bases de dados da BVS, LILACS, MEDLINE, DATASUS, SIAB, CEBES e SCIELO, utilizando-se os seguintes descritores: hipertensão arterial, estratégia de saúde da família, adesão ao tratamento. Foram coletados pela equipe de saúde, dados referentes à saúde da população, condições socioeconômicas, condições de moradia e saneamento básico. As informações foram analisadas atentiosamente.

Foi elaborado um plano de intervenção utilizando o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado, seguindo os passos propostos por CAMPOS, FARIA e SANTOS (2010).

Os passos do PES a serem seguidos são:

- Primeiro passo: definição dos problemas
- Segundo passo: priorização dos problemas
- Terceiro passo: descrição do problema
- Quarto passo: explicação do problema
- Quinto passo: identificação dos nos críticos
- Sexto passo: desenho das operações para o problema selecionado

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. 2017).

5 REVISÃO BIBLIOGRAFIA

Iniciaremos essa revisão de literatura pautando um dos grandes marcos, quando pensamos no campo da saúde coletiva, que foi a Declaração de Alma-Ata (1978), construída na conferência internacional de atenção primária à saúde (APS). A declaração coloca a atenção essencial à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, socialmente aceitáveis, ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autoconfiança e autodeterminação.

O modelo de atenção a saúde, que tem a atenção básica como parte integral do sistema de saúde do país, colabora para o desenvolvimento social e econômico global da comunidade. E o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família, da comunidade com o Sistema de Saúde, levando atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OPAS, 1978).

[...] A atenção primária e aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece entrada no sistema para todas as suas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para enfermidade)... A atenção primária também compartilham características com outros níveis dos sistema de saúde; responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, atenção a prevenção; bem como o tratamento e à reabilitação é trabalho em equipe (...) a atenção é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde atenção quando há mais de um problema de saúde lida com o contexto no qual a doença assistir e Influenciar Pessoas a seus problemas de saúde. Ela integra atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com um contexto no qual a doença existe e influência resposta a pessoas a seus problemas de saúde (...) (Declaração de Alma-Ata).

O foco do cuidado deixa de ser o indivíduo e a doença e volta-se para família inserida em um contexto sócio-econômico-cultural- espiritual e compreendido por uma equipe multiprofissional. Para a realização da proposta é preciso primeiramente entre profissionais e individuo-família seja estabelecido um vinculo e compromisso de co-responsabilização, com base em um dado território para o desenvolvimento do trabalho.

Segundo o Ministério da Saúde, a estratégia saúde da família – ESF, tem como um dos seus pressupostos e objetivos a reorganização da Atenção Básica no país, constituindo-se como tática de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017).

Apresenta como desafios implementar princípios doutrinários e organizativos do SUS, destacando a intersetorialidade, entendida neste estudo como um eixo central que deve nortear tanto a prestação direta da assistência, quanto a gestão do próprio programa.

A construção de um modelo de atenção à saúde pautado no conceito ampliado de saúde, integralidade da atenção, na resolutividade e, na perspectiva do direito e garantia do acesso, esse é o desafio da estratégia saúde da família.

Hoje a ESF tem contribuído enormemente com a reorientação do modelo assistencial de saúde que propõe assistir o indivíduo e sua família dentro de uma área geográfica delimitada porém como a proposta da identificação neste espaço das condições sanitárias, de crenças de riscos, de meios de vida, de hábitos, enfim a delimitação desta área tem a finalidade de identificar o mundo em que a pessoa está inserida para que possamos aproximar das reais necessidades e possibilidades daquela população o foco de atenção é tratar o indivíduo inserido em um contexto familiar social cultural, emocional e espiritual.

Como um dos objetivos da ESF, a construção do vínculo é necessário limitar a população a ser assistida para um número que permita essa aproximação, desta forma é recomendação do Ministério de Saúde que cada equipe da saúde da família seja responsável por no mínimo dois mil e 400 pessoas e no máximo 4.000 pessoas. Trabalhar com uma área adscrita possibilita a construção de vínculos com as famílias, o que irá favorecer para a cumplicidade das tarefas assumidas coletivamente para o enfrentamento dos diversos problemas que acometem os grupos e famílias acompanhadas.

De acordo com a Portaria 21.07 de 25 de agosto de 2011 do Ministério da Saúde para implantação das equipes de Saúde da Família deve ser usado o que a

equipe mínima seja composta de um médico, um enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com uma população máxima de 4000 habitantes por EFS e um ideal de 3.000 habitantes

Falaremos agora um pouco sobre o problema que nos propomos agir para melhorar seus indicadores, que é a Hipertensão arterial.

A Hipertensão arterial é caracterizada pelo seu aumento pressórico de forma persistentemente alta, com base em várias medições. A hipertensão (hipertensão arterial sistêmica) é atualmente definida como sendo a pressão sistólica repetidamente maior que 140 mm hg ou a pressão diastólica de 90 mm Hg ou superior (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). A hipertensão arterial sistêmica é uma doença multifatorial, na qual estão associados diferentes mecanismos, acarretando aumento do débito cardíaco e da resistência vascular periférica (KUSCHNIR; MENDONÇA, 2007).

Para diagnosticar a hipertensão arterial e avaliar a eficiência do tratamento recomendado é importante a verificação periódica da pressão arterial. O método mais utilizado na prática clínica é o indireto com técnica auscultatória e esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneroide. Este procedimento deve ser realizado com o paciente na posição sentada e confortável, após repouso de pelo menos cinco minutos, e com o braço posicionado na altura do coração (MION, 2006).

A HAS Geralmente, é uma doença silenciosa: não dói, não provoca sintomas, isto aumenta o risco para não adesão para o tratamento anti-hipertensivo e quando sobrevêm sintomas, já decorrem de complicações e também pode ocorrer a morte (SILVA; SOUZA, 2004).

Segundo Marcon *et al.* (1995), a adesão do paciente ao regime terapêutico é de suma importância para o controle dos sintomas e progressão da doença. Embora não seja um problema exclusivo do tratamento da hipertensão, por ser também muito frequente em outros regimes de caráter prolongado, a falta de adesão ao tratamento a anti-hipertensivo se aprofunda em complexidade, parecendo ser determinados por vários fatores, inter-relacionados ou não.

A identificação dos fatores que interferem na adesão inicia-se pelo reconhecimento das características do paciente como idade, sexo, raça, escolaridade, níveis socioeconômicos, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida e culturais, e crenças de saúde. Aspectos relativos á hipertensão arterial, como a cronicidade da doença, em geral não associada á sintomatologia desagradável, também interferem na adesão ao tratamento (MARCON *et al.*,1995).

Alusivo à terapêutica farmacológica, Freitas *et al.* (2001) consideram que são vários os fatores que afetam a adesão, um dos principais estão relacionados á complexidade do regime terapêutico, pois o número de doses, horário das tomadas, falha de tratamentos anteriores, mudanças frequentes no tratamento são fatores relevantes para não adesão ao tratamento.

A literatura também aponta que os fatores associados ao sistema de saúde para a não adesão ao tratamento da Hipertensão estão relacionados com:, profissionais não capacitados, dificuldade de aceso aos serviços de saúde, precariedade do serviço, não criação de vinculo, etc. (JARDIM *et al.* 1996).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Abandono do tratamento medicamentoso prescrito em pacientes com hipertensão arterial sistêmica da cidade de São Pedro de Avai - MG. Por várias razões, os pacientes deixam de cumprir, consciente ou inconscientemente, o tratamento médico aplicado para controlar a pressão arterial e mantê-la dentro dos parâmetros normais ou permissíveis.

6.2 Explicação do problema (quarto passo)

A hipertensão arterial é uma doença degenerativa crônica que, devido a suas próprias características e formas de manifestação, torna-se extremamente perigosa para a vida de quem sofre. É uma doença que tem alta prevalência em nossa área de atenção, principalmente devido aos maus hábitos de vida que persistem hoje, vícios prejudiciais como o alcoolismo, tabagismo, sedentarismo, estresse, entre outros aspectos da natureza cultural, educacional e social.

Uma vez diagnosticado um paciente com hipertensão sistêmica, a estrita observância do tratamento médico é requerido com independência do grau de hipertensão presente no indivíduo. Na maioria dos casos, é necessário medicamentos para manter a pressão arterial dentro dos parâmetros apropriados, os mesmos aspectos mencionados acima, muitas vezes levam aos indivíduos a abandonar o tratamento médico prescrito, ignorando o efeito adverso e perigoso desse comportamento e que foi explicado anteriormente.

6.3 Identificação dos nos críticos (quinto passo)

O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos com cada operação e constituir uma atividade fundamental para avaliar a viabilidade de um plano.

Foram definidos “nos críticos” dos problemas identificados resultando em:

- A população tem pouco conhecimento acerca da Hipertensão Arterial
- Equipe de Saúde pouco preparado para enfrentar o problema.

- Deficiência na atenção dos pacientes hipertensos, em toda estrutura do sistema de saúde.
- Maus hábitos de vida da população

6.4 Desenho das operações

Os objetivos desse passo são descrever as operações para enfrentar os nós críticos, identificar os produtos e resultado para cada operação definida, e identificar os recursos necessários.

QUADRO 02- Desenho das Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Equipe de Saúde pouco preparado para enfrentar o problema”, na comunidade São Pedro de Avaí, do município Manhuaçu, estado de Minas Gerais.2018.

Nó crítico 2	Equipe de Saúde pouco preparado para enfrentar o problema.
Operação (operações)	Aumentar o nível de conhecimento da ESF sobre a hipertensão, a importância do uso de medicamentos e procedimentos para enfrentar o problema
Projeto	Mas conhecimento em saúde.
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos mais preparados para enfrentar o problema de falta de adesão. • Melhor seguimento ao tratamento em pacientes afetados
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Plano de capacitação permanente. • Sistema de avaliação sistemática de conhecimentos. • Protocolos de atenção e seguimento implementados.
Recursos necessários	• Cognitivo: - Treinamento teórico e pratico
	• Político: Articulação intersetorial e social
	• Financeiro: Recursos humanos, audiovisuais, Folhetos educativos.
	• Organizacional Plano de preparação e seguimento
Recursos críticos	Organizacional Plano de preparação e seguimento
Controle dos recursos	Coordenação da Atenção Primária de Saúde (APS)

críticos.	
Ações estratégicas	Elaborar, apresentar, discutir, aprovar e pôr em marcha projeto de ação.
Prazo	Em dois meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro • ACS
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Seguimento trimestral

Fonte: Autoria Própria (2018)

QUADRO 03. Desenho das Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Deficiência na atenção dos pacientes com hipertensão arterial, em toda estrutura do sistema de saúde”, na comunidade sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São Pedro de Avaí, do município Manhuaçu, estado de Minas Gerais.2018.

Nó crítico 3	Deficiência na atenção dos pacientes com hipertensão arterial, em toda estrutura do sistema de saúde
Operação (operações)	Melhorar a estrutura do serviço tanto em a atenção, em o acesso aos medicamentos e no seguimento da doença.
Projeto	Cuidar Melhor
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso total e oportuno às consultas especializadas, exames e hospitalização, • Acesso total e oportuno aos medicamentos, • Fluxo adequado de referências e contra referências para acompanhamento dos pacientes.
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Instituições e recursos de Saúde adequadas em quantidade e qualidade para atenção dos pacientes. • Protocolo ativo e efetivo de referência e contra referência • Plan suficiente e ajustado de aseguramiento farmacéutico • Instituições de Saúde melhoradas em sua infraestrutura de atenção.
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo: Estudo integral sobre o estado de atenção desta doença em la população atendida. • Político: Articulação intersetorial e social para aumentar os recursos para estruturar o serviço.

	<ul style="list-style-type: none"> • Financeira: Aumentar o orçamento, precisado para o Sistema de Saúde Integral. • Organizacional. Elaborar um plano de agir integral.
Recursos críticos	Político: Articulação intersetorial e social para aumentar os recursos para estruturar o serviço.
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde
Ações estratégicas	Elaborar, apresentar, discutir, aprovar e pôr em marcha projeto de ação.
Prazo	Três meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	<ul style="list-style-type: none"> • Médico. • Enfermeiro.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Seguimento Semestral

Fonte: Autoria Própria (2018)

QUADRO 04. Desenho das Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Maus hábitos de vida da população”, na comunidade sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São Pedro de Avai, do município Manhuaçu, estado de Minas Gerais, 2018.

Nó crítico 4	Maus hábitos de vida da população
Operação (operações)	Modificação dos hábitos de vida da população para mais saudável.
Projeto	Melhoria de Saúde
Resultados esperados	Muda de hábitos de vida para mais saudável: <ul style="list-style-type: none"> • Prática atividades físicas. • Boa alimentação, • Práticas sociais. • Eliminação de vícios e dependências
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo Inter setorial de promoção • Plano de ação para a promoção e seguimento
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo: - Divulgação, palestras, outras. • Político: Articulação intersetorial e social • Financeiro: Recursos humanos, audiovisuais, Áreas para atividades físicas. • Organizacional Plano de ação
Recursos críticos	Político: Articulação intersetorial e social para aumentar os recursos para estruturar o serviço.
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde
Ações estratégicas	Elaborar, apresentar, discutir, aprovar e pôr em marcha projeto de ação.
Prazo	Três meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro, • ACS • NASF
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Seguimento trimestral

Fonte: Autoria Própria (2018)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho pretende apresentar uma proposta de plano de intervenção para eliminar ou reduzir o abandono que os pacientes portadores de hipertensão arterial fazem ao tratamento dessa doença.

Um dos maiores desafios dos profissionais de saúde são as complicações graves que ocorrem nos indivíduos que sofrem de hipertensão. Nesse sentido, a adesão estrita ao tratamento com essa doença de forma sistemática é um paliativo para seu enfrentamento, de tal forma que não há casos graves, de difícil tratamento e que ponham em risco a vida dos pacientes.

Os próprios pacientes constituem o elemento fundamental para alcançar essa estratégia. Papel decisivo também é desempenhado pelos familiares, da comunidade, os vizinhos próximos, os atores sociais, os ACS e, em geral, todo o Sistema de Saúde, que se manifestam, em última análise, através da Estratégia de Saúde da Família.

A Educação Permanente em Saúde, é a estratégia fundamental, incluindo nesta ação, a toda a população, profissionais de diferentes áreas, profissionais da Saúde, líderes sociais, políticos, para que sejam alcançados de forma abrangente e articulada todos os elementos necessários para combater esta doença de maneira eficaz e eficiente, designando os recursos materiais, humanos e financeiros de maneira oportuna e suficiente.

É fundamental modificar gradualmente os maus hábitos da vida, os vícios prejudiciais e a ignorância de um modo geral, o que acaba sendo o fator de risco mais decisivo no abandono do tratamento medicamentoso necessário para essa doença. É aí o alvo fundamental do Plano de Intervenção elaborado. Para tal necessita-se aliar outras políticas públicas além das políticas de saúde.

O plano considera a utilização dos recursos materiais, humanos e financeiros de maneira oportuna e suficiente e tem os recursos críticos identificados e assim, ter garantido o cumprimento e viabilidade do plano de elaborado.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, G. B. S.; GARCIA, T.R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev Eletr Enfermag.** [periódico na Internet] 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm. Acesso em outubro de 2017
- BARBOSA, P. J.; LESSA I, ALMEIDA filho N, MAGALHÃES L, ARAUJO, M, J. Prevalência de hipertensão sistólica isolada em uma capital brasileira. **Rev. Brás. Hipertensão-** v. 9, n. 4, p.154-156, 2006.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Cidades @. Brasília, 2018. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em outubro de 2017.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS**, Brasília: Ministério da saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência á Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade, Saúde da Família: **uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da Atenção á Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus**: Manual de hipertensão arterial e Diabetes mellitus. Brasília, 2002.
- CAMPOS, E. P. **Contribuição da psicologia ao tratamento do hipertenso**. Folha Med., v.113, n. 2, p. 153-156. 1996.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em Saúde**. 2 ed. Belo Horizonte, 2010.
- CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 2, p. 145-153-2000.
- FERREIRA, SIBELE MARIA GONÇALVES. **Sistema de Informação em Saúde: conceitos fundamentais e organização**. abr. 1999. 19p.
- FREITAS, O.C. *et al.* Prevalence of hypertension in the urban population of catandura, in the state of São Paulo, Brazil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.77, n.1, p. 16-21, 2001.
- GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, 1990.

JARDIM, P. C. B. V.; SOUZA, A. L. L.; MONEGO, *et al.* Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 29, p. 232-238, 1996.

KUSCHNIR, M. C.; MENDONÇA, G. A. Fatores de risco associados á hipertensão arterial em adolescentes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.83, n. 4, p. 335-342, jul/ago. 2007.

MANHUAÇU. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Prefeitura Municipal de Manhuaçu de Minas Estado de Minas Gerais. Secretaria Municipal de Saúde. 2017.

MION Jr, D. (org). **V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão, sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006.

PIERIN, A. M. G.; STRELEC, M. A. A. M.; MION, Jr. D. **O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão a tratamento**. In: PIERIN, A.M.G. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Ed. Manole, p.275-289, 2004.

SILVA, J. L.; DE SOUZA, S. L. - Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, 2004.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.2, abr/jun. 2007.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. Práticas Educativas em Atenção Básica á saúde. **Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: UFMG, p. 40-47, 2009.