

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

ALEXSANDRA COELHO DINIZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHOR ADESÃO DOS
HIPERTENSOS AO TRATAMENTO PROPOSTO PELA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE JARDIM NOVO BOA VISTA, CONTAGEM,
MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2018

ALEXSANDRA COELHO DINIZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHOR ADESÃO DOS
HIPERTENSOS AO TRATAMENTO PROPOSTO PELA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE JARDIM NOVO BOA VISTA, CONTAGEM,
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

Orientador: Profa. Kátia Ferreira Costa Campos

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2018

ALEXSANDRA COELHO DINIZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHOR ADESÃO DOS
HIPERTENSOS AO TRATAMENTO PROPOSTO PELA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE JARDIM NOVO BOA VISTA, CONTAGEM,
MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Kátia Ferreira Costa Campos – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

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

DEDICATÓRIA

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A Universidade Federal de Minas Gerais, pela oportunidade de fazer a pós-graduação em Saúde da Família.

A minha orientadora Kátia Ferreira Costa Campos, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Ao meu esposo e filho e aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

“Frequentemente é necessário ter mais coragem para ousar fazer certo do que temer fazer errado.”

(Abraham Lincoln).

RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença crônica que representa um problema de saúde pública e precisa de ações que possam melhorar a adesão dos portadores, ao tratamento. **Objetivo:** propor um plano de intervenção para melhor adesão dos hipertensos da área abrangida ao tratamento proposto pela UBS Jardim Novo Boa Vista do município de Contagem-MG. **Método:** Planejamento Estratégico Situacional. Revisão de literatura. **Resultados:** Foi construído um plano de ação voltado para a prevenção, promoção e tratamento dos usuários portadores de hipertensão arterial descompensada. Esse servirá como base de atuação da equipe junto a essa população. **Conclusão:** A necessidade de implementar medidas objetivas urgentes, visando combater esses problemas de saúde, com busca da redução da morbidade e mortalidade por doenças Cardiovasculares, são imprescindíveis na Estratégia Saúde da Família. Espera-se alcançar as metas propostas.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Hipertensão Arterial.

ABSTRACT

Hypertension is a chronic disease that represents a public health problem and needs actions that can improve adherence of patients to treatment. **Objective:** to propose an intervention plan for better adherence of hypertensive patients from the area covered by the treatment proposed by UBS Jardim Novo Boa Vista in the municipality of Contagem-MG. **Method:** Strategic Situational Planning. Bibliography review. **Results:** A plan of action was developed for the prevention, promotion and treatment of patients with decompensated hypertension. This will serve as the team's base of action with this population. **Conclusion:** The need to implement urgent objective measures to combat these health problems, with a view to reducing morbidity and mortality due to cardiovascular diseases, are essential in the Family Health Strategy. It is hoped to achieve the proposed goals.

Keywords: Family Health Strategy; Primary Health Care; Arterial hypertension.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes mellitus
ESF	Equipe de Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PA	Pressão Arterial
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família 48, Unidade básica de saúde Novo Boa Vista, Município de Contagem, estado de Minas Gerais.	13
Tabela 1- Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade	17
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “HIPERTENSÃO”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Boa Vista, do município Contagem, estado de Minas Gerais	26
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “HIPERTENSÃO”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Boa Vista, do município Contagem, estado de Minas Gerais	27
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “HIPERTENSÃO”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Boa Vista, do município Contagem, estado de Minas Gerais	28
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “HIPERTENSÃO”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Boa Vista, do município Contagem, estado de Minas Gerais	29
Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “HIPERTENSÃO”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Boa Vista, do município Contagem, estado de Minas Gerais	30
Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 6” relacionado ao problema “HIPERTENSÃO”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Boa Vista, do município Contagem, estado de Minas Gerais	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Breves informações sobre o município de Contagem	11
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVO	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	19
5.2 Estratégia Saúde da Família	21
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	23
6.1 Descrição do problema selecionado	23
6.2 Explicação do problema	23
6.3 Seleção dos nós críticos	23
6.4 Desenho das operações	
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Contagem

O Município de Contagem possuía 603.442 habitantes, de acordo com o Censo de 2010 e estimativa para 2017 de 658.580 habitantes. Sua economia é baseada, levando-se em conta os dados de 2012, principalmente no comércio (30,65%) e na indústria (25,71%) com diversificada pauta de exportação, com destaque em 2012 para os veículos de grande porte, para construção (14,42%), carbonato de magnésio (14,30%), tijolo refratário (9,26%), fio de ferro (6,77%) e transformadores elétricos (5,09%). A cidade praticamente triplicou o montante exportado de 2000 para 2012, passando de 150 milhões de dólares para quase 450 milhões de dólares. A extensão territorial é de 132,1 km², sendo 63,1 km² em zona urbana e 195,2 km² em zona rural (IBGE, 2017).

A política no município após as últimas eleições está em processo de adequação, o gestor atual era oposição ao antigo e seu objetivo no momento com o município de Contagem é a melhoria no setor saúde, educação e segurança pública, principalmente, porque tais setores foram marcados pelo descaso nos gestores antigos nos últimos anos.

1.2 O sistema municipal de saúde

Em relação ao setor saúde, o município está dividido em sete distritos sanitários, 18 unidades básicas de saúde e 86 equipes de saúde da família. Contudo, apenas 57,8% da população são cobertas pela estratégia saúde da família. Coexistem unidades de saúde que seguem o modelo antigo e parcela significativa da população não é beneficiada com o acompanhamento do Programa Saúde da Família (PSF). Tem uma rede de atenção que conta com a atenção primária, atenção Hospitalar, apoio diagnóstico, Assistência farmacêutica, Vigilância da saúde, consórcio de saúde (SMS-CONTAGEM, 2016). Em relação à atenção primária, essa é organizada com a Estratégia Saúde da Família, com 86 equipes distribuídas nos diversos distritos.

1.3 A Unidade Básica de Saúde Novo Boa Vista

A UBS Novo Boa Vista é composta pela Equipe de Saúde da Família 48 (ESF48), está situada na rua adjacente à principal do bairro. É uma casa alugada, adaptada para ser uma Unidade de Saúde. A casa é antiga e está mal conservada, com mofo e sujeira nas paredes. Sua área pode ser considerada inadequada considerando a demanda e a população atendida.

A área destinada à recepção é pequena e improvisada, razão pela qual, nos horários de demanda livre, atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade. Isso dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos, e muita gente tem que aguardar o atendimento em pé. Na sala de reuniões também não há cadeiras para todos, o que dificulta a realização de grupos educativos com os usuários.

Mesmo com todas as deficiências, a população tem muito apreço pela Unidade de Saúde e está mobilizada, juntamente com os profissionais, para melhorar a unidade. Nesse sentido o Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família veio corroborar para que a equipe pudesse caminhar para melhorias.

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

Seguindo os passos do Planejamento Estratégico Situacional, para diagnóstico, foi utilizada a técnica da estimativa rápida realizada pela equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e foram detectados os problemas de saúde do território e da comunidade, quais sejam:

- Falta de medicação na farmácia municipal
- Não existe carro para transportar pacientes em situação de emergência.
- Demora nos agendamentos para consulta de referência especializada.
- Pacientes referenciados para unidades especializadas são devolvidos à ESF.
- Contra referência inexistente
- Poucas equipes de NASF no município.

- Profissionais despreparados para o serviço SUS
- Pré-natal de alto risco quando referenciadas são devolvidas á ESF
- Falta de material para trabalhar (sonar, negatoscópio, lanterna).
- O laboratório que tinha convênio com a Prefeitura não prestava o serviço adequadamente; os pacientes se queixavam da sujeira, falta de cordialidade dos profissionais, bem como demora para a entrega dos resultados. Os profissionais queixavam-se principalmente da demora, dos resultados incompletos e pouco acurados.
- Equipe de saúde nas ESF incompletas
- UPA's despreparadas para o atendimento de alta demanda.
- Falta de Saúde mental infantil e adulto na atenção primária.
- Demora no atendimento para encaminhamentos especializado.
- Falta de atendimento pediatria em ESF
- As UPA's estão comumente superlotadas, levando à revolta dos pacientes e esgotamento dos profissionais.
- Falta de cobertura da ESF em grande parcela da população.
- Pacientes diabéticos
- Alta prevalência de usuários com Hipertensão Arterial Descompensada.

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

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

Apesar de tantos problemas a ESF48 não conseguiria resolver todos eles, nesse sentido, procedeu-se à priorização tendo como critérios a importância, urgência, capacidade de enfrentamento e Seleção/Priorização da equipe, como mostrado no Quadro 1.

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Novo Boa Vista, Unidade Básica de Saúde São Joaquim, município de Contagem, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alta prevalência de hipertensão descompensada	Alta	7	Parcial	1
Infraestrutura deficiente	Alta	4	Fora	2
Nível baixo de escolaridade em geral	Alta	3	Fora	4
Dificuldade de acesso ao bairro todo	Alta	3	Fora	4
Uso indiscriminado remédios e comida salgada	Alta	5	Parcial	3
Ausência da contra referência	Alta	6	Parcial	2

Fonte: *Alta, média ou baixa.

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Dentre os problemas apresentados a “Alta Prevalência de Hipertensão Arterial Descompensada” foi o escolhido para como tema deste TCC, por ser de interesse acadêmico e principalmente visando a saúde coletiva.

2 JUSTIFICATIVA

A importância de se falar sobre a Hipertensão Arterial, está no fato de esta ser o principal fator de risco para o paciente desenvolver doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo uma das responsáveis pelo alto número de Acidente Cerebral Vascular 40%, Doença Arterial Coronariana 25%, e em combinação com a Diabetes Mellitus, 50% dos casos de Insuficiência Renal Terminal (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, tendo em vista o alto índice de hipertensos descompensados ou mesmo desinformados, dentro de nossa área de responsabilidade, torna-se relevante e necessária a elaboração de um plano de intervenção básica de saúde visando à melhoria da realidade atual.

3 OBJETIVO

Propor um plano de intervenção para melhor adesão dos hipertensos da área abrangida ao tratamento proposto pela UBS Jardim Novo Boa Vista do município de Contagem-MG.

4 METODOLOGIA

Foi realizado um projeto de intervenção segundo o Planejamento Estratégico Situacional, referenciando esse método com o livro “Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias”.

O planejamento estratégico foi orientado por Campos, Faria e Santos (2010), os quais utilizam orientam o Planejamento Estratégico Situacional em seus momentos explicativo, normativo, estratégico, operacional e indica a gestão do plano com uso de indicadores relativos a situação.

Foi realizada também uma revisão bibliográfica sobre o tema no intuito de nortear a elaboração do plano de intervenção. A revisão utilizada utilizado foi a narrativo que dá a liberdade ao autor de escolhas de autores e textos. Para tanto, foram utilizadas as palavras chaves “Estratégia Saúde da Família”; “Atenção Primária à Saúde” e “Hipertensão”. Das publicações identificadas, utilizaram-se aquelas escolhidas pela autora para melhor nortear o plano de intervenção.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial

Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM).^{1,2} Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p.10)

Portanto, uma doença de importância para a saúde pública, cuja classificação é apresentada, na Tabela 1, níveis pressóricos de normal a hipertensão de estágio 3, para pessoas de 18 anos ou mais.

Tabela 1- Classificação da PA, de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p. 24).

Quando a Pressão Arterial Sistólica e a Pressão Arterial Diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA. “Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p.24).

A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial apresenta diversos fatores de risco relacionados à pressão arterial, como idade, sexo, etnia, peso corporal, hábitos de vida dentre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

No que diz respeito à **Idade**, tem-se uma associação direta e unidimensional entre envelhecimento e prevalência de hipertensão no que concerne ao aumento da expectativa de vida da população brasileira, incluindo nessa faixa etária pessoas idosas com mais de 60 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos (LOYOLA FILHO, 2000).

Quanto ao **sexo e etnia**, a prevalência de hipertensão autorreferida foi estatisticamente maior entre mulheres e pessoas de raça negra/cor preta quando comparada a adultos pardos mas não nos brancos (22,1%). Pesquisa realizada no Brasil mostrou grandes diferenças quanto à etnia dos sujeitos: “ 11,1% na população indígena; 10% na amarela; 26,3% na parda/mulata; 29,4% na branca e 34,8% na negra”. Dados similares foram encontrados no estudo ELSA-Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p.14).

Em publicação da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e metabologia, é citado um estudo de base populacional em Cuiabá, MT, com 1.298 adultos com 18 anos ou mais. Esse estudo associou a hipertensão com o sedentarismo, , sobrepeso, adiposidade central, sedentarismo nos momentos de folga e durante o trabalho, baixa escolaridade e baixa renda. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2005).

Dados publicados por estudo realizado pelo Vigitel, com população adulta maior de 18 anos, em 27 cidades brasileiras, esse revela aumento da hipertensão com uso de medicamentos, principalmente entre as mulheres, adultos maiores de 65 anos, entre os menos escolarizados. Importante destacar o aumento significativo do percentual de jovens de 18 a 24 anos em tratamento medicamentoso para hipertensão (BRASIL, 2015).

Em 2014, em pesquisa realizada na população da região metropolitana da cidade de São Paulo, foi revelado o que a dieta rica em sódio é uma prática comum entre os entrevistados, no entanto, indicou que apenas 15,5% das pessoas entrevistadas reconheceram que utilizam alto ou muito alto teor de sal nos

alimentos e que cerca de 47% dos homens e 40% das mulheres apresentaram excesso de peso (BRASIL, 2015).

Corroborando com os dados da pesquisa Vigitel, a publicação da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) aponta que a alimentação desequilibrada e o uso excessivo de sal também representam riscos para hipertensão arterial. O consumo excessivo de sódio, um dos principais FR para HA, associa-se a eventos cardiovasculares e renais.

Outro estudo contribuiu com o resultado que mostra a incidência de hipertensão arterial maior entre pessoas que fazem uso excessivo de bebidas alcoólicas. Esses apresentam maior risco relativo e atribuível de desenvolvimento de hipertensão arterial comparado aos que não fazem uso (RADOVANOVIC *et al*, 2014).

Se destaca, segundo os mesmos autores, no estudo desenvolvido, que:

“Os indivíduos com idade entre 50 e 59 anos têm 5,35 vezes mais chances de serem hipertensos do que os de 20 aos 29 anos. Os fumantes têm 2,36 vezes mais chances do que os não fumantes; os obesos têm 2,35 vezes mais chances do que os indivíduos de peso normal, e os indivíduos com DM têm 2,9 vezes mais chances de serem hipertensos do que os sem DM. 40,38% dos indivíduos hipertensos de 50 a 59 anos possuem cinco ou mais fatores de risco cardiovascular. Já, entre os indivíduos hipertensos com idade de 20 a 29 anos tem-se que 25% não possuem fatores de risco cardiovasculares. Na idade dos 30 aos 39 anos 33,33% dos hipertensos apresentaram aglomeração de dois fatores de risco (RADOVANOVIC *et al*, 2014, p. 550).

Acrescenta-se que no estudo realizado por Lagoeiro, (2017), o qual afirma que a redução significativa do uso de bebida alcoólica está associada a melhoria dos níveis pressóricos. Acrescenta-se fatores genéticos, assim como o estilo de vida onde existe alto nível de stress, associados à hipertensão arterial. (WANG, 2009).

Nesse sentido, os vários fatores de risco são importantes, na prevenção e tratamento da hipertensão, e devem ser considerados pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família, como estratégia para organização da Atenção Básica a Saúde.

A Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2017). Que integra os diferentes pontos que compõem o novo modelo de atenção à saúde. E utiliza os seguintes Princípios Ordenadores: Acessibilidade,

Longitudinalidade, Integralidade, Responsabilização, Coordenação e Resolubilidade. (BRASIL, 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – ESF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. (BRASIL, 2017; 2011).

Cada equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe. (BRASIL, 2017).

Como se pode observar, a ação na Atenção Básica, porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (STARFIELD, 2002).

Promover a saúde por meio da educação é um tema que vem sendo discutido por diversos profissionais da saúde, ação fundamental no desenvolvimento do

indivíduo, a educação agrega conhecimento e facilita o entendimento da população referente aos hábitos de vida. (MOLINA, 2010)

Deve-se considerar que nas intervenções é importante destacar que devem proporcionar aos portadores de doenças crônicas, que possam ter espaço para a discussão dos fatores de risco cotidianos que se referem à sua condição crônica, assim como estimular o auto-cuidado, valorizando seus saberes e experiências, oferecendo subsídios que possam levar a adoção de estilos de vida mais saudáveis e mudanças de estilo de vida (RADOVANOVIC et al, 2014).

O plano de intervenção se inspira na presente contextualização, sendo apresentado a partir de agora.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Elevado número de hipertensos que não fazem tratamento”, para o qual se registra uma descrição do problema prioritário, explicação e seleção de seus nós críticos, desenho das operações com, análise de viabilidade e gestão do plano.

6.1 Descrição do problema selecionado

Alta prevalência de hipertensão descompensada

Muitos casos de hipertensos na comunidade que não seguem nenhum tipo de tratamento seja ele medicamentoso, dieta alimentar, exercícios físicos ou qualquer tipo de restrição que seja relacionada a cura ou alívio de sua enfermidade.

6.2 Explicação do problema selecionado

As principais causas do problema, são dieta rica em sódio, alimentos industrializados, sedentarismo, poluição, estresse, obesidade, hábitos alimentares inadequados, falta de informação à respeito da doença e seus riscos, Alcoolismo, Idade avançada

6.3 Seleção dos nós críticos

Todos estes problemas têm causas comuns, baseadas na vida moderna onde não há tempo para cuidar-se, excesso de trabalho, facilidade de compra de alimentos prontos. Problemas estes listados abaixo, escolhidos como as causas mais importantes, para as quais foram elaboradas as operações que fizeram parte do plano de intervenção.

1. Obesidade
2. Sedentarismo
3. Hábitos alimentares inapropriados
4. Falta de Informação à respeito da doença e seus riscos
5. Alcoolismo
6. Idade avançada

6.4 Desenho das operações

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema “Hipertensão”, na população sob a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jardim Novo Boa Vista, no município Contagem, estado de MG, serão detalhados nos Quadros 2, 3, 4, 5, 6 e 7 a seguir.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “HIPERTENSÃO”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Boa Vista, do município Contagem, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	OBESIDADE
Operação (operações)	Estabelecer práticas e lecionar teorias para alcançar o objetivo
Projeto	Mais Saúde, menos obesidade
Resultados esperados	Diminuir 25% do numero de Obesos em 1 ano.
Produtos esperados	Palestras e programa de exercícios. Semanal.
Recursos necessários	Organizacional: Pessoal de apoio para caminhadas. Cognitivo: Mais informação sobre o tema. Político: Articular com o gestor para conseguir os locais. Financeiro: Recursos para as campanhas e profissionais
Recursos críticos	Estrutural: Capacitação do pessoal de apoio Cognitivo: Encontrar material didático Político: Adesão do gestor local Financeiro: Demora na liberação dos recursos públicos
Controle dos recursos críticos	Indiferente
Ações estratégicas	Divulgação pela mídia do bairro ou municipal
Prazo	3 a 6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Enfermeira da ESF ACS da Área
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Reuniões Mensais com relatórios e pesquisa entre os participantes para avaliar o alcance do programa com sugestões de melhora do programa.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “HIPERTENSÃO”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Boa Vista, do município Contagem, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	SEDENTARISMO
Operação (operações)	Conscientizar as pessoas de todas as idades.
Projeto	Mais Saúde, exercício já
Resultados esperados	Diminuir 35% do numero de sedentários em 1 ano.
Produtos esperados	Aulas de dança, programa de exercícios e caminhadas. Semanal.
Recursos necessários	Organizacional: Pessoal de qualificado para ensinar exercícios. Cognitivo: Mais informação sobre o tema. Político: Fechamento de ruas. Financeiro: Recursos pra educadores físicos e professores
Recursos críticos	Estrutural: Capacitação do pessoal de apoio Cognitivo: Encontrar material didático com praticas modernas Político: Adesão do gestor local Financeiro: Demora na liberação dos recursos públicos
Controle dos recursos críticos	Indiferente
Ações estratégicas	Divulgação pela mídia do bairro ou municipal
Prazo	3 a 6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Enfermeira da ESF ACS da Área
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Reuniões Mensais com relatórios e pesquisa entre os participantes para avaliar o alcance do programa com sugestões de melhora do programa.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “HIPERTENSÃO”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Boa Vista, do município Contagem, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	HÁBITOS ALIMENTARES INAPROPRIADOS
Operação (operações)	Conscientizar as pessoas responsáveis pelo preparo do alimento nas casas.
Projeto	Mais Saúde, comida saudável
Resultados esperados	Diminuir 30% do numero de pessoas com alimentação equivocada em 1 ano..
Produtos esperados	Aulas de Culinária e palestras sobre o valor nutritivo dos vegetais. Mensais.
Recursos necessários	Organizacional: Pessoal qualificado para ensinar culinária. Cognitivo: Informação atualizada sobre o tema. Político: Apoio com recursos gráficos, digitais e impressos. Financeiro: Recursos para compra de material para as classes.
Recursos críticos	Estrutural: Capacitação do pessoal de apoio Cognitivo: Encontrar material didático com praticas modernas Político: Adesão do gestor local Financeiro: Demora na liberação dos recursos públicos
Controle dos recursos críticos	Indiferente
Ações estratégicas	Divulgação pela mídia do bairro ou municipal
Prazo	3 a 6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Enfermeira da ESF ACS da Área
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Reuniões Mensais com relatórios e pesquisa entre os participantes para avaliar o alcance do programa com sugestões de melhora do programa.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “HIPERTENSÃO”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Boa Vista, do município Contagem, estado de Minas Gerais

Nó crítico 4	FALTA DE INFORMAÇÃO À RESPEITO DA DOENÇA E SEUS RISCOS
Operação (operações)	Aumentar o nível de conscientização das pessoas de toda a comunidade.
Projeto	Mais Saúde, vamos aprender?
Resultados esperados	Diminuir 50% do numero de pessoas que não entendem os riscos em 1 ano.
Produtos esperados	Palestras sobre como a hipertensão se desenvolve. Mensal.
Recursos necessários	Organizacional: Pessoal do próprio nasf. Cognitivo: Mais informação sobre o tema. Político: Apoio com recursos gráficos e audiovisuais. Financeiro: Recursos para compra de material para as classes.
Recursos críticos	Estrutural: Capacitação do pessoal de apoio Cognitivo: Encontrar material didático com praticas modernas Político: Adesão do gestor local Financeiro: Demora na liberação dos recursos públicos
Controle dos recursos críticos	Indiferente
Ações estratégicas	Divulgação pela mídia do bairro ou municipal
Prazo	3 a 6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Enfermeira da ESF ACS da Área
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Reuniões Mensais com relatórios e pesquisa entre os participantes para avaliar o alcance do programa com sugestões de melhora do programa.

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “HIPERTENSÃO”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Boa Vista, do município Contagem, estado de Minas Gerais

Nó crítico 5	ALCOOLISMO
Operação (operações)	Alcançar os susceptíveis aos efeitos do álcool.
Projeto	Mais Saúde, álcool fora
Resultados esperados	Diminuir 40% do numero de pessoas que bebem em 1 ano.
Produtos esperados	Aulas sobre como o alcoolismo se desenvolve. Mensal. Grupos de apoio aos interessados em abandonar o vicio. Semanal.
Recursos necessários	Organizacional: Pessoal do AA e familiares. Cognitivo: Mais informação sobre o tema. Político: Apoio com recursos gráficos e audiovisuais e local para a reunião. Financeiro: Recursos para compra de material para as classes.
Recursos críticos	Estrutural: Capacitação do pessoal de apoio Cognitivo: Encontrar material didático com praticas modernas Político: Adesão do gestor local Financeiro: Demora na liberação dos recursos públicos
Controle dos recursos críticos	Indiferente
Ações estratégicas	Divulgação pela mídia do bairro ou municipal
Prazo	3 a 6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Enfermeira da ESF ACS da Área
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Reuniões Mensais com relatórios e pesquisa entre os participantes para avaliar o alcance do programa com sugestões de melhora do programa.

Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 6” relacionado ao problema “HIPERTENSÃO”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Boa Vista, do município Contagem, estado de Minas Gerais

Nó crítico 6	IDADE AVANÇADA
Operação (operações)	Buscar os idosos em seus lares e inseri-los na comunidade.
Projeto	Mais Saúde, na melhor idade
Resultados esperados	Diminuir 80% do numero de idosos que sem atividade em 1 ano.
Produtos esperados	Grupos de dança, jogos, passeios, teatro, aulas de informática. Semanal
Recursos necessários	Organizacional: Pessoal do Nasf e familiares. Cognitivo: Mais informação sobre o tema. Político: Apoio com recursos gráficos e audiovisuais e locais para a reunião. Financeiro: Recursos para compra de material para as atividades.
Recursos críticos	Estrutural: Capacitação do pessoal de apoio Cognitivo: Encontrar material didático com práticas modernas. Político: Adesão do gestor local Financeiro: Demora na liberação dos recursos públicos
Controle dos recursos críticos	Indiferente
Ações estratégicas	Divulgação pela mídia do bairro ou municipal
Prazo	3 a 6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Enfermeira da ESF ACS da Área
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Reuniões Mensais com relatórios e pesquisa entre os participantes para avaliar o alcance do programa com sugestões de melhora do programa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe UBS Jardim Novo Boa Vista em Contagem-MG alcançou com louvor o resultado, referente ao que foi proposto, o plano de intervenção para melhor adesão dos usuários hipertensos ao tratamento.

A área de abrangência foi diagnosticada sendo uma área de alta prevalência em pacientes Hipertensos, em função disso foi necessário estruturar as equipes para reconhecer e acolher os hipertensos além de mapear as áreas de cada ACS levantando as demandas pontuando as gravidades de cada caso nas respectivas áreas mapeadas. Nesse processo foi possível visualizar e compreender o real trabalho em equipe, que se trata de uma das competências mais valorizadas atualmente, onde se conhece a diferença entre equipes e grupos, foi possível compreender a funcionalidade de cada um, assim como o comportamento de cada indivíduo desempenhando o seu papel, interagindo com todos os processos e mantendo-se alinhada com os objetivos da organização, dessa forma foi alcançado um dos objetivos traçado que era estruturar as equipes para o trabalho proposto.

Uma das riquezas foi perceber que para uma equipe evoluir, todos necessitam estar entrosados e empenhados em cada tarefa, não existindo espaço para individualismo, isso foi cumprido com louvor, pois propor soluções e executá-las para alcançar os objetivos não é uma tarefa nada fácil e quando se trata de sincronia da equipe envolvendo conteúdo e usuários todos necessitam estar entrosados e empenhados em cada tarefa, não existindo espaço para individualismo.

Ao propor soluções após o diagnóstico era uma tarefa árdua em executá-las para alcançar, no entanto a experiência proporcionou realmente um grande aprendizado, pois percebemos que devido a falta de informação, que muita gente não procurava a Unidade Básica de Saúde, muitas vezes não sabendo o quão todos da unidade estariam empenhados na resolução de seu problema.

Foi possível diagnosticar que durante o processo de acolhimento, não só as pessoas confiavam mais na equipe, como a equipe se tornava mais humanizada, sensibilizada com os problemas encontrados e porque não dizer mais fortes.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde Fundação Nacional de Saúde Centro Nacional de Epidemiologia. **Informe epidemiológico do SUS**. v. 9 , n. 4. p., 1-287, 2000. Brasília : Ministério da Saúde : Fundação Nacional de Saúde, 2000.

Brasil. Ministério da saúde. Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica do uso e fontes de obtenção dos medicamentos para tratamento da hipertensão e diabetes nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, 2011 a 2013 / Brasília. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais de Distrito Federal, 2002-2003. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro. 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inquerito_domiciliar_comportamentos_risco_doencas_transmissiveis.pdf. Acesso em 05/02/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2014 Saúde Suplementar : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

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. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>. Acesso em 12/11/2017

CONTAGEM. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria de saúde. Disponível em: <http://www.contagem.mg.gov.br/?oq=722989&op=apresentacao>. Acesso em: 09/07/2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares. Análise da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos e do Estado Nutricional no Brasil 2002-03. Rio de Janeiro; 2005.. Disponível em: <URL: www.ibge.gov.br> . Acesso em 11 de abril de 2018.

LAGOEIRO, A. Como a hipertensão arterial e o consumo de álcool estão relacionados. Disponível em: [HTTPS://pubmed.com.br/como-a-hipertensao-arterial-e-o-consumo-de-alcool-estao-relacionados](https://pubmed.com.br/como-a-hipertensao-arterial-e-o-consumo-de-alcool-estao-relacionados). Acesso em 04/07/2018

LOYOLA FILHO, A. I.. Um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.9. n.1. 2000.

MOLINA, Maria del Carmem Bisi et al. Preditores socioeconômicos da qualidade da alimentação das crianças. **Ver. Saude Publica [online]**. 2010, vol. 44, n.5, 785-732. Epub Sep 08, 2010. ISSN 034-8910.

PASSOS, V. M., ASSIS T. D., BARRETO, S. M., Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde** v.15 n.1 Brasília mar. 2006.

RADOVANOVIC, C. A. T. et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. jul.-ago. 2014;22(4):547-53. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em 09/07/2018.

ROSA, E. C. et al. Obesidade visceral, hipertensão arterial e risco cárdio-renal: uma revisão. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, v. 49, n. 2, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302005000200005> . Acesso em: 09/07/2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro, 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

WANG, T. et al. Association of common variants in NPPA and NPPB with circulating natriuretic peptides and blood pressure. *Nature Genetics* p. 348-353, fev 2009. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/ng.328>. Acesso em 28/11/2017.