

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Avani Braz de Souto Filho

ESTRATÉGIA PARA MELHORAR A ABORDAGEM AOS USUÁRIOS
HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SERRA VERDE, EM SERRA
DOS AIMORÉS-MINASGERAIS

Teófilo Otoni

2020

Avani Braz de Souto Filho

**ESTRATÉGIA PARA MELHORAR A ABORDAGEM AOS USUÁRIOS
HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SERRA VERDE, EM
SERRA DOS AIMORÉS - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora: Virgiane Barbosa de Lima

Teófilo Otoni

2020

Avani Braz de Souto Filho

**ESTRATÉGIA PARA MELHORAR A ABORDAGEM AOS USUÁRIOS
HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SERRA VERDE, EM
SERRA DOS AIMORÉS - 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: Professora: Virgiane Barbosa de Lima

Banca examinadora:

Professor (a). Nome, Titulação, Instituição

Professora Maria Dolôres Soares Madureira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em (00) de (mês) de 2020

DEDICATÓRIA

Ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família UFMG, e às pessoas com quem convivi nesses espaços ao longo desses meses. A experiência de uma produção compartilhada na comunhão com amigos nesses espaços foi uma maravilhosa experiência da minha formação acadêmica.

AGRADECIMENTOS

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

RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença crônica não transmissível, que tem sua prevalência entre a população adulta do território adstrito à Unidade de Saúde Serra Verde, situada na periferia de Serra dos Aimorés. Serra dos Aimorés que é um município Brasileiro do estado de Minas Gerais. Com a identificação do problema alta prevalência de hipertensão arterial descompensada, sugere como causa para o descontrole dessa comorbidade a baixa adesão da população hipertensa; desta forma surgiu a necessidade de desenvolver esse plano de ação a fim de melhorar a abordagem ao usuário e efetivamente sensibilizar para os mesmos aderirem à conduta terapêutica e por sua vez alcançar o controle e prevenção de agravos cardiovasculares decorrentes da hipertensão de difícil controle. O objetivo principal deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção para melhorar o processo de trabalho prestado ao usuário hipertenso adscrito à Unidade Básica de Saúde da Família Serra Verde, município de Serra dos Aimorés, Minas Gerais. A metodologia aplicada para a elaboração e execução deste plano de ação compreende o Planejamento Estratégico Situacional e pesquisa bibliográfica que foi utilizada para compor o embasamento teórico. Os resultados obtidos até o momento com as ações foram a adesão dos usuários hipertensos ao tratamento para controle da hipertensão, além da participação efetiva no grupo operativo de acompanhamento às comorbidades, os resultados satisfatórios contemplam os objetivos e acarretam a redução de crise hipertensiva e seus impactos. Espera-se que em longo prazo, esses resultados possam impactar positivamente na saúde da população com a hipertensão já instalada, possibilitando a melhoria da qualidade de vida a partir de práticas saudáveis e adesão a conduta terapêutica

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica. Atenção primária a saúde. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Arterial hypertension is a chronic non-communicable disease, which has its prevalence among the adult population of the territory attached to the Serra Verde Health Unit, located on the outskirts of Serra dos Aimorés Serra dos Amore's, which is a Brazilian municipality in the state of Minas Gerais. With the identification of the problem, high prevalence of decompensated arterial hypertension, suggests as a cause for the lack of control of this comorbidity, the low adherence of the hypertensive population, thus the need arose to develop this action plan in order to improve the approach to the user and effectively raise awareness for them to adhere to the therapeutic conduct and in turn achieve control and prevention of cardiovascular diseases resulting from difficult to control hypertension. The main objective of this work was to Elaborate an intervention project to improve the work process provided to the hypertensive user enrolled in the Basic Health Unit of the Serra Verde Family, municipality of Serra dos Aimorés, Minas Gerais. The methodology applied for the elaboration and execution of this action plan comprises the Situational Strategic Planning and bibliographic research that was used to compose the theoretical basis. The results obtained so far with the actions were the adherence of hypertensive users to treatment for the control of SAH, in addition to effective participation in the operative group to monitor comorbidities, satisfactory results contemplate the objectives and result in the reduction of hypertensive crisis and its impacts It is hoped that in the long term, these results may positively impact the health of the population with hypertension already installed, enabling the improvement of quality of life from healthy practices and adherence to therapeutic conduct.

Keywords: Systemic arterial hypertension. Primary health care. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Serra Verde, município de Serra dos Aimorés, estado de Minas Gerais.....16

Quadro 2-Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Serra Verde, município de Serra dos Aimorés, estado de Minas Gerais.....29

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Serra Verde, município de Serra dos Aimorés, estado de Minas Gerais.....31

Quadro 4-Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Serra Verde, município de Serra dos Aimorés, estado de Minas Gerais.....33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
DRCT	Doença Renal Crônico Terminal
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SF	Equipe de Saúde da Família
e-AP	Equipe Atenção Primária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à saúde da Família
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SF	Saúde da Família
TDF	Transporte Fora do Domicilio
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Aspectos gerais do município Serra dos Aimorés	11
1.2 O sistema municipal de saúde	12
1.3 Aspectos da comunidade	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde Serra Verde	13
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Serra verde	13
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Serra Verde	14
1.7 O dia a dia da equipe Serra Verde	14
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	14
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	16
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo geral	18
3.2 Objetivos específicos	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
5.1 Estratégia de Saúde da Família na atenção e cuidado ao usuário portador de Hipertensão	20
5.2 Atividade Física auxiliando no controle da pressão arterial e melhora na qualidade de vida	21
5.3 Educação Para Saúde no enfrentamento do descontrole da Hipertensão Arterial Sistêmica	23
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	27

6.2 Explicação do problema (quarto passo)	27
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	28
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	37
ANEXOS	42
APÊNDICE	43

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do Município Serra dos Aimorés

Serra dos Aimorés é um município Brasileiro do estado de Minas Gerais, localizado no Vale do Mucuri, na região sudeste do Brasil e que de acordo com a estimativa populacional realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para o ano de 2019 sua população era de 8.669 habitantes (IBGE, 2017).

Ainda conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017), o território do município compreende 213, 574 km² de extensão, o bioma é de mata atlântica, o esgotamento sanitário adequado.

A respeito aos dados históricos sobre a criação do município, existem informações de que a cidade foi fundada por Arnô Schaper e Hermann Júlio Reuter. Serra dos Aimorés já pertenceu a Nanuque na condição de distrito até o ano de 1962, quando foi elevada à categoria de município. A história de "serra" está ligada à instalação de depósitos e serrarias para extração da madeira, riqueza natural da região. Inicialmente, o povoado formado ao redor dos depósitos, recebeu o nome de "Km 158", passando a ser chamado, em seguida, Artur Castilho. O nome Serra dos Aimorés, recebido posteriormente, deve-se à sua localização na serra em que habitavam os índios Aimorés, ao nordeste do Estado de Minas Gerais emancipada no ano de 1962. Como atrativo turístico, no município existe o Horto Florestal, com 20 mil m² de área, plantado com árvores de pequeno porte, e uma represa, que completa o cenário (IBGE, 2017).

Os serrenses vivem numa região geográfica estratégica, que vem sendo utilizada como base de trabalhadores vindos do Norte e Nordeste do Brasil, em busca de emprego no corte de cana-de-açúcar por temporada. A cidade vive basicamente da agricultura com destaque para a Cana-de-Açúcar e Eucalipto além da pecuária que está em franco declínio, também o arrendamento de Terras para plantio de Eucaliptos e cana-de-açúcar.

De acordo com informantes que vivem em Serra dos Aimorés, a atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que vem se revezando frente pela administração municipal. Novas lideranças vêm surgindo e conseguindo, a partir da Câmara de Vereadores, fazer um contraponto às práticas políticas tradicionais de cunho clientelista/assistencialista.

Serra dos Aimorés através da prefeitura municipal, vem propondo projetos, envolvendo diferentes classes da sociedade, entre jovens, adultos e idosos, visando a inclusão e melhoria da qualidade de vida da população. São exemplos destes projetos, o grupo de terceira idade, que promove aulas com um educador físico e apoio a corrida como forma de bem-estar físico e mental para jovens e adultos. Já na área cultural, movimentam a região com festas religiosas.

Em relação aos serviços na área de saúde, em Serra dos Aimorés existem duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde a falta de médico é constante e é dependente do Pronto socorro da microrregião (localizado a 12 km, em Nanuque-MG), sendo referência para consultas de especialidades 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. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 13.33 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 1.5 para cada 1.000 habitantes (IBGE,2019).

1.2 Aspectos da comunidade da Equipe de Saúde da Família Serra verde

A comunidade Serra verde está localizada a Unidade Básica de Saúde(UBS) e nela funciona a Equipe de Saúde da Família(eSF)Serra Verde que é responsável por aproximadamente 2.970 usuários. A equipe de saúde presta serviços em saúde comunidade adscrita ao território, estando a UBS situada na periferia de Serra dos Aimorés. A comunidade se formou principalmente, a partir do êxodo rural, devido ao avanço do plantio de cana-de-açúcar e pecuária e a conseqüente redução da agricultura familiar de subsistência. Na atualidade, a população empregada vive basicamente do trabalho na Usina de processamento de cana-de-açúcar (Dasa), da pecuária de fazendas locais e da economia informal, e mesmo assim, é considerável o número de desempregados e subempregados.

Na comunidade Serra Verde, a estrutura de saneamento básico, no que se refere principalmente ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo é considerada insuficiente. Além disso, parte da comunidade vive em moradias precárias, com analfabetismo elevado, sobretudo entre os maiores de 40 anos. O poder público, vem implementando na comunidade algum investimento proporcionando para as pessoas a fundação de escola, centro de saúde, creche, etc., em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa.

A população do local conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas. Na comunidade de Serra verde, a UBS é constituída de uma eSF, uma Equipe de Saúde Bucal, o

Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF) com psicólogo, educador físico e nutricionista para acolher seus usuários de acordo com os atributos da Atenção Primária à Saúde.

Quanto aos aspectos demográficos, a população predominante da comunidade Serra verde possui entre 14 e 59 anos de idade, seguida da população idosa. Já em relação aos aspectos epidemiológicos da população do território, na eSF estão cadastrados em ordem decrescente de quantidades, hipertensos, seguido do diabetes, doenças respiratórias como a asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), enfisema, entre outras; sofrimento mental, uso de drogas, doença renal, entre outras. As principais causas de óbitos, internações e doenças de notificação, são as do aparelho Circulatório: seguidas do aparelho Digestivo, geniturinário, parasitaria e sistema Nervoso.

1.3 O sistema municipal de saúde de Serra dos Aimorés

A estrutura de serviços em saúde prestados à população do município, estão reunidos em forma de rede em Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção à Saúde Secundários e Atenção à Saúde Terciários, com frequente organização dos sistemas de apoio e logístico. Assim, no município de Serra dos Aimorés estão disponíveis os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e assistência farmacêutica municipal. Já o sistema logístico, é composto de transporte direcionado ao Tratamento Fora do Domicílio (TDF), Transporte em Saúde, Prontuário Clínico, Cartão e Cartão Nacional do Sistema Único de Saúde (SUS).

Quando os usuários necessitam de atendimentos ou avaliações especializadas, os profissionais da eSF prestam os primeiros atendimentos e se necessário são encaminhados para o sistema organizado com referência e contrarreferência através de uma guia de encaminhamento. O município utiliza de convênios, estes pactuados entre cidades do vale do mcuri, através do Consórcio Intermunicipal de Saúde entre Vales Mucuri e Jequitinhonha (CISEVMJ) onde os pacientes são direcionados à atenção secundária e terciária na cidade de Teófilo Otoni-MG. Já nos casos de urgência e emergência são emitidas guias de referência direta para o pronto socorro da cidade de Nanuque-MG.

Se o usuário procurar a UBS Serra Verde, e o médico ou enfermeiro acharem necessário o trabalho dos profissionais do NASF, os mesmos fazem um encaminhamento e os usuários são atendidos em Serra dos Aimorés e se necessário o transporte dos pacientes é disponibilizado pela prefeitura.

A eSF de Serra verde enfrenta problemas que dificultam seu processo de trabalho e entre eles está a falta profissionais médicos generalistas para trabalhar na UBS, e quando estes

profissionais são contratados, muitos deles não permanecem o tempo devido do horário de trabalho. Assim, muitos usuários buscam por atenção médica, e não conseguem atendimento ou agendar consulta, porque a demanda é superior à oferta. Além disso, a equipe muitas vezes enfrenta a falta de insumos, demora na realização de exames de rotina, rotatividade dos profissionais das equipes, principalmente técnicos de enfermagem e secretários.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Serra Verde

A Unidade básica Serra Verde de Serra dos Aimorés está situada em um bairro carente localizado no centro da cidade. É um ambiente apto para ser uma Unidade de Saúde, embora sua estrutura seja antiga, encontra-se bem conservada. Sua área pode ser considerada adequada considerando a demanda e a população atendida. A área destinada a recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de 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 existindo espaço nem cadeiras o suficiente para acomodar todos os usuários que buscam a unidade, e muitos deles acabam aguardando o atendimento em pé. Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento na sala de reuniões que existe na unidade e é um lugar bastante agradável quando faz calor, porém, quando chove, torna-se um problema.

Existe ainda, uma sala para pequenos procedimentos cirúrgico e curativos, embora a falta de materiais constituiu um ponto de tensão entre a Equipe de saúde e a coordenação da Estratégia em Saúde da Família (ESF) e o gestor municipal de saúde.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Serra Verde

A Unidade de Saúde Serra Verde presta serviços em saúde através dos profissionais: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, uma secretaria e sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A equipe busca qualificação profissional para desenvolver ações em saúde na comunidade, mantém forte vínculo com os usuários, que são amigáveis e comparecem sempre às atividades da Unidade Básica de Saúde. Além disso, são desenvolvidas outras atividades como o grupo operativo como o Hiperdia, estratégia em saúde como programa saúde na escola (PSE), pré-natal e puericultura e realiza as visitas domiciliares regularmente.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Serra Verde

A UBS Serra Verde funciona das 7:30 h às 17 horas e, para tanto, é necessário o apoio do enfermeiro e do técnico, que se revezam no período do almoço para manter a unidade em funcionamento entre as 12 h e 13 horas, permitindo atender pessoas que trabalham no horário comercial. Além disso, já existe uma solicitação da comunidade para que o atendimento seja estendido, é reservado uma ficha para trabalhador rural pelo fato de que retornam do trabalho no final da tarde e, por isso, têm dificuldade de acesso à Unidade de Saúde.

Nos horários matutinos a técnica de enfermagem da unidade está sobrecarregada, fato mencionado à Secretaria de Saúde do município, que afirma que não tem condições de contratar uma nova profissional.

1.7 O dia a dia da equipe Serra Verde

O tempo da Equipe Serra Verde é tomado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea 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, grupos de hipertensos e diabéticos.

Dias de segunda e terça-feira além da demanda espontânea, são atendidos agendamentos, quarta-feira é o dia das visitas domiciliares e consultas agendadas para hipertensos e diabéticos, quinta-feira, são realizados os acompanhamentos de puérperas, gestantes e puericultura.

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

Através do convívio com os usuários no cotidiano de cada profissional da unidade da comunidade, foi possível o reconhecimento das condições socioeconômicas, ambientais e de saúde das crianças e adultos que residem neste ambiente. Somado a estas observações, outra ferramenta utilizada foi a observação ativa do território da eSF Serra Verde e o estudo dos documentos e registros existentes na UBS. Após compilar os dados, foi aplicado o método de Estimativa Rápida Participativa, que é importante porque evidencia os problemas que afetam a população e suas causas sociais, econômicas e ambientais. Além disso, é uma forma simples, barata, rápida e que coleta dados específicos de uma população definida e que

posteriormente permite utilizar estes dados aplicando-os no método de planejamento estratégico situacional.

A estimativa rápida é uma ferramenta apropriada para o planejamento estratégico situacional para equipes de Saúde da Família, permitindo o levantamento da situação real do território, considerando os diferentes olhares dos atores sociais que estão envolvidos na realidade do território (KLEBA et al., 2015).

Após discussão com a equipe Serra Verde foi definida a lista dos problemas de saúde encontrados no território. Os problemas encontrados no território para serem minimizados necessitam de uma proposta de intervenção e estão listados abaixo. Feita a análise e a viabilidade dos problemas encontrados, observou-se que neste momento, a equipe não tem condições de atuar em todos ao mesmo tempo e assim, deve ser feita a análise de prioridade destes problemas. A lista de problemas encontrados está listada abaixo.

- Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada
- Incidência de diabetes mellitus tipo II
- Falta de adesão aos tratamentos indicados
- Obesidade
- Tabagismo
- Alcoolismo

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Serra Verde, município de Serra dos Aimorés, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada	1	15	Total	1
Incidência de diabetes mellitus tipo II	2	5	Total	2
Falta de adesão aos tratamentos indicados	3	3	Total	4
Obesidade	4	4	Total	3
Tabagismo	5	2	Parcial	6
Alcoolismo	6	1	Parcial	5

Fonte: Registros da UBS Serra Verde

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2JUSTIFICATIVA

Após a construção do diagnóstico situacional, os profissionais da eSF Serra Verde em Serra dos Aimorés realizaram uma análise dos problemas onde se definiu que o maior problema enfrentado neste momento pelos profissionais é a Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada.

O cadastro dos usuários e a presença do hipertenso descompensado buscando a demanda espontânea na UBS, além de problemas associados como: o baixo nível de conhecimento dos hipertensos sobre a doença e suas consequências, falta de adesão aos tratamentos farmacológico e não farmacológico indicados, falta adesão às campanhas de prevenção em saúde, motivou a construção desta intervenção.

A proposta visa estimular a conscientização da população dos hipertensos sobre seu estado de saúde e comorbidades associadas. A unidade de saúde possui recursos humanos e materiais suficientes para a realização das ações propostas, envolvendo a participação do usuário acometido e seus familiares no tratamento da hipertensão. Sabe-se que a partir do conhecimento do problema, sua causa e consequência, pode ser possível estabelecer ações melhorar de forma considerável a qualidade de vida deste grupo.

A 5ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2007), considera que a hipertensão arterial é uma doença crônica que apresenta complicações como a doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. A alta prevalência e morbidade da hipertensão exigem maior atenção à prevenção evitando o surgimento de novos casos ou a descompensação dos pré-existentes. O processo de trabalho voltado para a prevenção e a promoção da saúde do hipertenso, permite de forma eficaz que a equipe de saúde tenha conhecimento sobre a doença e dos fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da doença e suas comorbidades associadas (SBC, 2010 *apud* MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012)

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar o processo de trabalho prestado ao usuário hipertenso adscrito a Unidade Básica de Saúde da Família Serra Verde, município de Serra dos Aimorés, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos:

- Realizar busca ativa aos usuários hipertensos faltosos ao grupo operativo Hiperdia;
- Promover ações educativas na sala de espera, nas visitas domiciliares e em consultas para orientar o usuário e sensibilizá-lo para a necessidade de aderir o tratamento medicamentoso de forma correta possibilitando o controle da hipertensão;
- Reorganizar o grupo operativo Hiperdia, desenvolvendo atividades de educação em saúde de forma a melhorar a abordagem ao usuário hipertenso orientando para aderir um estilo de vida saudável com alimentação adequada e inserção de atividade física em seu cotidiano auxiliando no controle da HAS e prevenção de agravos.

4 METODOLOGIA

De acordo com Faria; Campos; Santos (2018) para construir um plano de intervenção, inicialmente deve ser realizado o diagnóstico situacional através do método da estimativa rápida, o que permitiu conhecer os problemas vivenciados no território inclusive os recursos necessários para seu enfrentamento pela equipe e neste caso a proposta de intervenção está voltada para a equipe Serra verde em Serra dos Aimorés, Minas Gerais.

Este plano de ação foi elaborado conforme os passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES). O problema priorizado pela equipe da e-SF corresponde a “Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada” entre a população adulta do território adstrito que possuem a hipertensão arterial sistêmica instalada (CAMPOS, FARIA, SANTOS,2017).

Também foi feita pesquisa bibliográfica para embasamento teórico neste trabalho a fim de contextualizar o problema e seus fatores de riscos sob a forma de revisão de literatura, a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com o objetivo de levantar um conhecimento disponível sobre teorias, a fim de analisar, produzir ou explicar um objeto de estudo sendo investigado (CHIARAet al., 2008).

As bases de dados utilizadas na pesquisa bibliográfica foram Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), ScientificElectronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual NESCON /UFMG. Os descritores utilizados para esta pesquisa foram: Hipertensão. Processo de Trabalho. Atenção Primária à Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia de Saúde da Família na atenção e cuidado ao usuário portador de Hipertensão

Segundo os autores Paim et al.(2011) o Brasil possui um Sistema Nacional de Saúde público e universal, ao qual chamamos de SUS, este sistema surgiu a partir da luta pela redemocratização do País; o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. Entende-se que a atenção integral à saúde, passou a ser um direito de todos os brasileiros desde então.

Com base na Lei 8.080 e 8.142 define-se por SUS: “[...] Sistema que resulta do movimento que surgiu no contexto da luta contra a ditadura, que por sua vez ocorreu no início da década de 1970” (BRASIL, 1990).

Portanto, o Sistema Público de Saúde foi instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142, em seguida foi denominado por SUS. A expressão Reforma Sanitária foi usada para denominar o conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde (BRASIL, 1988).

[...]O Conselho Nacional de Saúde corroborando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 no Capítulo I que dispõem sobre os Objetivos e Atribuições do SUS, no artigo 5º apresenta os objetivos do SUS como: I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990, p.12).

No ano de 2006, surge a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que foi instituída pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006; PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando a Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde desta forma a PNAB estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)(BRASIL, 2006 a ;BRASIL, 2017)

De acordo com o Ministério da Saúde (2006a), dentre as diretrizes e normas da PNAB evidencia-se a Saúde da Família como modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS. De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, compreende-se que a atenção básica é um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo, que por sua vez abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde dos cidadãos.

Foi lançada no ano de 2011 as Redes de Atenção à Saúde nas regiões brasileiras, a APS foi definida como porta de entrada do SUS, porém em 2017 tivemos um retrocesso, de acordo com a literatura sabe-se que a PNAB 2017, permitiu estabelecer equipes de Saúde da Família (SF) com apenas um ACS e equipes AP (eAP) sem ACS.(BRASIL,2011). A possibilidade de ausência do ACS afeta um dos pilares do modelo assistencial que caracteriza a ESF em seu componente comunitário e de promoção da saúde, pautado pela concepção da determinação social do processo saúde-doença e da clínica ampliada.

No âmbito da política nacional de saúde, os processos de descentralização, regionalização e organização de redes assistenciais não estiveram associados desde o início da implantação do SUS. Apenas nos anos 2000, a indução da regionalização e da conformação de redes de saúde entrou na agenda, podendo ser caracterizada em três fases:

[...] fase I (2001-2005): região normativa com redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde; fase II (2006-2010): região negociada com redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde; fase III (2011-atual): região negociada e contratualizada com as RAS(ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Considera-se importante conhecer os conceitos que envolvem a RAS, as redes de atenção à saúde, estas são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população, com base nos teóricos citados as redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde(MENDES, 2009; PAHO,2005;CORDEIRO JÚNIOR,2008).

5.2 Atividade Física auxiliando no controle da pressão arterial e melhora na qualidade de vida

Na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, a prevalência de HAS autorreferida foi estatisticamente diferente entre os sexos, sendo maior entre mulheres (24,2%) e pessoas de raça negra/cor preta (24,2%) comparada a adultos pardos (20,0%) (BRASIL,2013).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das mais frequentes Doenças Crônicas Não Transmissíveis existentes no Brasil, com o agravante de consistir-se no principal fator de risco para as complicações cardiovasculares como Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Doença Renal Crônica Terminal (DRCT) (GUEDES et al., 2011).

Segundo Scala, Magalhães e Machado (2015),no Brasil cerca de 36 milhões de indivíduos adultos (32,5% da população nacional) tem HAS, o que contribui de forma direta ou indireta para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV).Frente a este problema é de suma importância a implantação de ações na atenção primária a fim de melhorar a abordagem ao usuário hipertenso buscando alcançar o controle da PA e reduzir os riscos para agravos cardiovasculares. Uma das estratégias para obter o controle da hipertensão consiste no incentivo à mudança do estilo de vida, o que implica na adesão e atividade física, abandonando o estilo de vida sedentário.O sedentarismo é um dos fatores de riscos tanto para desenvolver a hipertensão como na ocorrência de agravos para quem já possui a doença instalada.

O estilo de vida sedentário (EVS),como definem os autores Guirao-Goris, Pina, Campo (2001) foi incluído na taxonomia da NANDA-I em 2004 e desenvolvido a partir de estudos de pesquisadores espanhóis. De acordo com a taxonomia II da NANDA-I, EVS é definido como “um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física”, pode ser prejudicial para o indivíduo e potencialmente oneroso para a sociedade, os exercícios físicos por sua vez estão melhorando a qualidade vida do hipertenso e ainda contribui significativamente para o controle da HAS, isto associado ao tratamento medicamentoso(HERDMAN,2013).

O que se comprova com análise dos dados epidemiológicos disponibilizados no SIAB (sistema de informação da atenção básica), é que usuários que aderem a essa prática temos efeitos benéficos do exercício físico na prevenção da doença coronariana e na diminuição da mortalidade por todas as causas, quando o exercício se constitui em uma parte integrante das atividades laborativas e de lazer, assim como nos ensina os autores Mazo, Mota e Gonçalves(2004), que em produção científica destacaram a atividade física como um precursor para uma vida ativa.

A atividade física se bem estruturada e orientada pode ajudar a atingir e manter o peso corporal apropriado e contribuem positivamente na mudança de outros fatores de risco de doença coronariana como perfil de lipídeos, a resistência a insulina e a hipertensão. Contribui também no controle do diabetes, colesterol alto, a hipertensão arterial e no controle do peso corporal(ZAMAI et al., 2005; BARBOSA, 2003; BARBOSA; BANKOFF, 2008 *apud* ZAMAI, 2009, p.28).

Os benefícios da atividade física podem ser identificados na melhora do perfil lipídico do sangue; segundo Salve e Bankoff (2004) a atividade física é um dos elementos fundamentais para a aquisição e manutenção de uma boa qualidade de vida. Os autores ainda definem que a prática deve ser diária, além de manter na rotina do indivíduo principalmente; nas horas de lazer aderir à prática de atividade física contribui significativamente no estabelecimento do equilíbrio físico e mental.

Estima-se que o incremento do nível de atividade física na rotina do usuário hipertenso compreende-se por um fator fundamental que proporciona a melhoria da saúde visto que colabora no controle da pressão arterial, segundo a ANSS, (2009). A atividade física associada a uma alimentação saudável ajuda na perda de peso corporal, o que pode prevenir a obesidade e o descontrole dos níveis séricos, portanto o exercício físico pode modificar outros fatores de risco, auxiliando na prevenção de doenças crônicas, doenças autoimune e cardiovasculares. Entende-se que o exercício físico pode também contribuir significativamente para a manutenção da densidade óssea; a atividade física também está relacionada à prevenção de depressão e ansiedade.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar apresenta, em seu manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar, que a abordagem relacionada à adoção de prática de atividade física e uma alimentação saudável tornam-se imprescindíveis no enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis e seu efetivo controle para os indivíduos que possui a doença instalada(ANSS,2009).

5.3 Educação Para Saúde no enfrentamento do descontrole da Hipertensão Arterial Sistêmica

Dentre as ações apresentadas neste plano de ação, a equipe da eSF Serra verde em Serra dos Aimorés, optou por incluir a estratégia Educação Para a Saúde (EPS); sendo assim cabe destacar os conceitos que envolvem essa prática e os seus benefícios no enfrentamento de problemas considerados como saúde pública e coletiva, o que possibilita resultados satisfatórios com a implantação de atividades educativas na rotina de trabalho da equipe eSF a

fim de melhorar a abordagem e atenção ao usuário da atenção primária á saúde. Portanto, entende-se por Educação Para Saúde, descrito pelo Ministério da Saúde como:

[...]Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL,2006b, p.01).

Para o Ministério da Saúde a educação para a saúde coletiva ocorre sob a metodologia expressa por diálogo entre profissionais e usuários; esse tipo de ação contempla a construção de saberes além de resultar na autonomia das pessoas no seu cuidado e melhora na abordagem ao usuário possibilitando a efetiva promoção da saúde. A educação para a saúde possibilita, ainda, o debate entre população, gestores e trabalhadores a fim de potencializar o controle popular, tornando-se mecanismo de incentivo à gestão social da saúde (BRASIL, 2009).

Segundo Mendonça e Nunes (2015),a atividade educativa em saúde coletiva pode ser apresentada como uma estratégia que proporciona a construção do conhecimento por meio da sensibilização do usuário público alvo da ação acerca do problema, tendo como meta orientar sobre a importância da adesão terapêutica e não terapêutica, além de prevenir fatores de riscos para agravos decorrentes do problema em questão.No caso para este plano de ação foi considerado a alta prevalência para hipertensão descompensada, visto que os fatores de riscos para a ocorrência do problema citado podem ser comportamentais ou não. Os autores defendem que toda e qualquer atividade de educação para saúde necessita de avaliação dos impactos gerados, portanto, essa avaliação deve ser constante, sempre visando à melhoria das ações implementadas e com o objetivo de aumentar a sensibilização dos participantes para o alcance da melhoria da qualidade de vida (MENDONÇA; NUNES, 2015).

Com base na teoria dos autores citados anteriormente entende-se que a cada avaliação do processo educativo podem surgir dificuldades ou mesmo melhor aceitação. Desta forma a avaliação é imprescindível para se reformular e planejar as ações educativas a fim de contemplar os objetivos e metas pré-estabelecidos na elaboração de um plano de ação, plano terapêutico entre outras estratégias que envolvem a educação para saúde no enfrentamento de problemas em saúde coletiva ou elevação do conhecimento da população almejando a promoção da saúde (MENDONÇA; NUNES, 2015).

Ações que viabilizam a promoção da saúde do usuário hipertenso alcançando a adesão terapêutica e respectivamente o controle da comorbidade e prevenção de seus agravos podem ser sob a forma de palestras, rodas de conversas, projetos interdisciplinares e avaliação da situação de saúde do usuário com escuta qualificada e acompanhamento regular. A busca ativa aos faltosos também corresponde a ação de enfrentamento ao problema apresentado; de acordo com a literatura, as transformações geradas são resultantes do processo pelo qual a ação educativa está sendo desenvolvida pelos profissionais com a população (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009).

Tendo em vista o enfrentamento da baixa adesão terapêutica dos hipertensos a educação para saúde coletiva se apresenta como uma ótima estratégia no enfrentamento deste problema. Com a implementação de atividades educativas na atenção primária à saúde a população compreende melhor sobre sua comorbidade, pois alguns hipertensos desconhecem as complicações e agravos resultantes do descontrole da HAS. Cabe ressaltar que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública, sendo considerado um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e responsável por altas taxas de morbidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Reforçando sobre a importância do controle da hipertensão arterial sistêmica, se faz necessário comentar a respeito de como alcançar o efetivo controle, pois se sabe que o mesmo depende intimamente de medidas farmacológicas e não farmacológicas. De forma simples, se apresentam ao usuário como o tratamento medicamentoso e a prática de hábitos saudáveis como uma alimentação adequada, inserção de atividade física e ainda conservar hábitos que promovam alegria, lazer e bem estar são importantes no controle da HAS. Todos esses fatores influenciam positivamente na qualidade de vida do usuário hipertensos favorecendo no controle da HAS. As medidas não farmacológicas, de acordo com a literatura, são indicadas indiscriminadamente aos hipertensos (SANTOS; LIMA, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Outras medidas a serem adotadas pelo hipertenso, a fim de manter uma vida saudável e a hipertensão controlada, correspondem à redução do consumo de álcool, abandono do tabagismo, controle da obesidade e adesão aos programas da atenção primária para atenção e cuidado a saúde como o HIPERDIA; todas essas medidas levam ao objetivo importantíssimo na vida do hipertensos, que é o controle da HAS e prevenção de agravos. No entanto, Krousel-

Wood et al., (2009) descrevem em seu artigo que apenas um terço das pessoas acompanhadas em serviços de saúde tem sua pressão arterial mantida em níveis desejáveis e essa insuficiente adesão ao tratamento é apontada como um dos importantes determinantes dessa enfermidade.

As equipes da saúde da família (ESF) possuem, em tese, os melhores requisitos para promoverem a adesão ao tratamento de patologias como a hipertensão, pois estimulam o bom relacionamento usuário/profissional e favorecem a corresponsabilização do tratamento. Portanto as ações educativas promovidas pelos profissionais estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e possibilitam as discussões e orientações quanto à adoção de novos hábitos de vida (BRASIL, 2011). Para Cordeiro e Soares (2015), é ideal a utilização da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção primária em saúde no Brasil, com trabalho em equipe, valorizando o trabalho do ACS que reside no território de abrangência da Unidade de Saúde da Família, fazendo a interligação entre o usuário e a equipe, pois é agente da instituição de saúde.

Os profissionais que trabalham nestas eSF devem exercer sua função através do processo de trabalho em saúde composto de ações coordenadas, propostas e desenvolvidas por eles, envolvendo o indivíduo, seus familiares e grupos sociais que são o objeto de trabalho. Além disso, o processo de trabalho envolve saberes e métodos que são os instrumentos que resultam em atenção em saúde e que, também é responsável pela reorientação do modelo de saúde, ele se consolida conforme as necessidades da população, que nos municípios se fortalecem com a gestão dos serviços de saúde (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

“Os profissionais da atenção básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde” (L'ABBATE, 1994 *apud* COTTA et al., 2006, p. 8).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado a “Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada”, para o qual se registram uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, as operações do projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA: CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Tendo em vista a capacidade de enfrentamento para o problema, a equipe Serra Verde selecionou como prioritário a alta prevalência de hipertensão arterial descompensada, a qual foi evidenciada na população adulta atendida pela equipe. O descontrole vem acarretando outros problemas que podem ser evitados e assim serão desenvolvidas ações para reduzir os impactos destes problemas decorrentes do descontrole da HAS, como sobrecarga na demanda livre da UBS devido à busca de hipertensos descompensados por atendimento de emergência, elevação dos custos dos serviços em saúde ofertados em situações que poderiam ser evitadas através da adesão ao tratamento.

Cabe destacar que a maioria das complicações e agravos oriundos do descontrole da hipertensão são modificáveis e comportamentais. Existe o aumento de peso que está como consequência da baixa adesão ao tratamento não medicamentoso, uma vez que o usuário hipertenso não se alimenta adequadamente e não realiza atividades físicas, sendo um fator de risco para a obesidade; o sedentarismo, que por sua vez gera o descontrole da comorbidade. Outro fator de risco comportamental que pode ser modificado trata-se do hábito de ingerir bebida alcoólica, o alcoolismo; também destaca-se como fator de risco para o descontrole da HAS o tabagismo, que também pode ser abandonado para a melhoria da qualidade de vida e da saúde.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A partir da fase inicial deste projeto de intervenção foram apresentados os problemas identificados através da análise situacional que faz parte do planejamento estratégico neste item foram citados os problemas:

- Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada

- Incidência de diabetes mellitus tipo II
- Falta de adesão aos tratamentos indicados
- Obesidade
- Tabagismo
- Alcoolismo

Dentre estes problemas apresentados, a equipe priorizou o problema “Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada” para este item foi observado os seguintes problemas no território adstrito a unidade Básica de Saúde Serra Verde:

- a falta de informação quanto à alimentação adequada, estratégias de prevenção e tratamento para a HAS;
- baixa adesão da população para controle e participação das orientações em saúde desenvolvidas pela equipe no grupo operativo.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos correspondem às causas para o problema evidenciado e priorizado:

- Nó crítico 1-falta de informação quanto a alimentação adequada, estratégias de prevenção e tratamento para a HAS;
- Nó crítico 2- baixa adesão da população para controle e participação das orientações em saúde desenvolvidas pela equipe no grupo operativo;
- Nó crítico 3- Falta de adesão ao tratamento farmacológico.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Quadro 2-Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Serra Verde, município de Serra dos Aimorés, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Falta de informação quanto à alimentação adequada, estratégias de prevenção e tratamento para a HAS
6º passo: operações	<p>Orientar os usuários sobre a hipertensão, causas, tratamento e os riscos de não aderir ao tratamento que pode levar ao desenvolvimento de complicações cardiovasculares;</p> <p>Esclarecer para o usuário a importância de seguir corretamente o tratamento medicamentoso e não medicamentoso para a HAS com o objetivo de manter o controle dessa doença;</p> <p>Promover ações educativas por meio de palestras e reuniões na UBS Serra Verde periodicamente melhorando o conhecimento do usuário acerca da Hipertensão.</p>
6º passo: projeto	O “Saber”, no enfrentamento do descontrole da Hipertensão
6º passo: resultados esperados	<p>Usuários hipertensos com conhecimento sobre a HAS, realizando o tratamento medicamentoso corretamente, para melhorar a própria condição de saúde e mantendo o controle da HAS.</p> <p>Sensibilizar os usuários para aderir um comportamento saudável mudando o estilo de vida a partir de uma alimentação saudável, realização de atividade física e evitando o uso de álcool ou tabaco.</p>
6º passo: produtos esperados	<p>Controle da HAS e redução de agravos e internamentos devido o descontrole da PA;</p> <p>Melhorar o conhecimento acerca da doença instalada;</p> <p>Prevenir agravos cardiovasculares em longo prazo.</p>
6º passo: recursos necessários	<p>Político: apoio local, divulgação nas redes sociais, convite aos participantes durante as visitas do ACS ao domicílio.</p> <p>Estrutural: disponibilização de profissionais para realizar a palestra “mudança do estilo de vida”.</p>
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Local adequado que suporte a demanda e o apoio da secretaria de saúde e prefeitura.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Equipe Serra Verde/Secretária Municipal de Saúde/Gestão

	Municipal Capacitação Educação Permanente em Saúde
9º passo; acompanhamento do plano -responsáveis e prazos	Médico/enfermeira Prazo 2 meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Monitorar o controle mensal atentando para os seguintes questionamentos: o paciente segue o tratamento medicamentoso corretamente após as ações? As comorbidades estão controladas? Na consulta o usuário se mostra consciente para a importância do controle da HAS? Quais os impactos das ações do projeto na rotina da UBS?

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Serra Verde, município de Serra dos Aimorés, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Baixa adesão da população para controle e participação das orientações em saúde desenvolvidas pela equipe no grupo operativo
6º passo: operações	Capacitar a equipe de saúde para a abordagem e atendimento aos usuários portadores de hipertensão a fim de melhorar a atenção ao portador de doença crônica não transmissível. Desenvolver atividades educativas na UBS Serra Verde para a sensibilização do usuário para aderir ao grupo hiperdia e participar do acompanhamento e seguir o tratamento de forma correta.
6º passo: projeto	Reorganização do Grupo Operativo
6º passo: resultados esperados	Elevar o conhecimento dos usuários sobre os riscos do descontrole da HAS. Reduzir os agravos por influência do tabagismo e alcoolismo no descontrole da hipertensão e agravos cardiovasculares; sensibilizar os usuários para a importância em participar do HIPERDIA
6º passo: produtos esperados	Equipe capacitada para a abordagem, atendimento e acompanhamento dos usuários crônicos buscando o controle da PA. Aumento do quantitativo de usuários hipertensos no grupo. Controle das comorbidades associadas às doenças crônicas (HAS).
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: orientação educativa para sensibilizar o usuário acerca da adesão ao tratamento para HAS. Estrutural: local para ministrar as palestras e grupos Político: apoio local, divulgação nas redes sociais da secretaria de saúde/UBS e na rádio local. Financeiro: disponibilização de recurso para aquisição de materiais didáticos e impresso como folders educativos sobre alimentação adequada e banner.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Local adequado que suporte a demanda Apoio da secretaria de saúde e prefeitura
8º passo: controle dos recursos	Secretaria Municipal de Saúde;

críticos - ações estratégicas	Equipe da estratégia de saúde da família Serra Verde Ações Capacitação EPS-Educação permanente em saúde
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médico, Enfermeira Prazo de 6 meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Acompanhar os usuários na UBS Serra Verde no domicílio, promover a busca ativa aos faltosos, incentivar a participação dos mesmos nas reuniões do grupo operativo, verificar ao longo da intervenção o aumento de usuários nas ações interventivas e adesão ao tratamento para o controle. Observar se diminuiu a demanda de atendimentos a usuários descompensados.

Quadro 4-Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Serra Verde, município de Serra dos Aimorés, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Falta de adesão ao tratamento farmacológico
6º passo: operações	Orientar os usuários sobre os riscos para desenvolver agravos cardiovasculares decorrentes da HAS, caso não sigam corretamente o tratamento medicamentoso e não medicamentoso; Realizar ações educativas por meio de grupos operativos sob a forma de rodas de conversas e palestras, sensibilizando o usuário para a importância do tratamento medicamentoso.
6º passo: projeto	“Reorientação do Hiperdia”
6º passo: resultados esperados	Estimular adesão ao tratamento medicamentoso, uso correto da medicação, incentivo à inserção de atividade física adequada para a condição de saúde de cada paciente.
6º passo: produtos esperados	Orientação e indicação de atividades físicas regulares pela população alvo durante a semana, através da Caminhada/Alongamento na academia do bairro ou nas reuniões na unidade; Acompanhamento do uso correto da medicação e verificar a ocorrência de eventos provenientes dos efeitos da medicação; intensificar as visitas domiciliares para os pacientes faltosos.
6º passo: recursos necessários	Político: apoio local, divulgação nas redes sociais convite aos participantes durante as visitas do ACS ao domicílio. Cognitivo: reorganizar o HIPERDIA para conscientizar os pacientes a manter o controle de suas comorbidades a partir de adesão ao tratamento e levá-los a comparecer ao acompanhamento na unidade além da adesão para as atividades físicas Financeiro: disponibilização de profissionais capacitados para fazer o atendimento das especialidades. Estrutural: disponibilização de profissionais da saúde para realizar a palestra “HIPERDIA”.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Local adequado que suporte a demanda e o apoio da secretaria de saúde e prefeitura. Financeiro: Solicitar por meio de ofício a Secretaria de Saúde a disponibilização de Profissionais de educação física para incorporar ao Grupo operativo atividades físicas um vez por semana com os participantes; Promover a capacitação em Educação permanente para a equipe Multiprofissional da eSF.

8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Equipe serra Verde/Secretária Municipal de Saúde/Gestão Municipal
9º passo; acompanhamento do plano –responsáveis e prazos	Médico/enfermeira/ACS/Educar Físico Prazo 3 meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Monitorar o comparecimento dos usuários participantes às atividades físicas promovidas semanalmente Avaliar os participantes a cada 30 dias identificando a melhora no controle da PA e na qualidade de vida. Atentar para os impactos das atividades vivenciadas durante os encontros, observando a satisfação e interação do grupo durante o processo de realizar as atividades físicas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização desta intervenção foi possível verificar que a educação em saúde vem trazendo benefícios á população com o intuito de elevar conhecimento dos usuários sobre sua doença e seus agravos, também a importância do tratamento e adesão de exercícios físicos e reeducação alimentar como fator determinante para alcançar o controle da HAS.

Como resultados do plano de ação implementado na eSF foi a aceitação dos usuários em participar das ações, assim como demonstrado por meio do registro fotográficos apresentado em anexo neste trabalho, a população compareceu às atividades educativas, atividades físicas, monitoramento e avaliação durante e após a execução das ações.

Cabe destacar que durante a realização das atividades, estabelecemos ovínculo entre equipe e usuário, estreitando laços, o que contribuiu de forma positiva com a interação dos participantes nas ações como palestras e rodas de conversas;os hipertensos mostraram-se interessados nos temas abordados nas ações educativas. Ocorreu o debate sobre o tema, o que possibilitou o esclarecimento de dúvidas que certamente dificultavam o autocuidado à saúde dos participantes.

Ao término das atividades do projeto a equipe observou que os hipertensos estão sendo acompanhados no hiperdia de forma que buscam participar dos encontros e da avaliação clínica periódica para verificar o controle da HAS.Também buscamos ativamente pelos hipertensos faltosos que por sua vez encontram-se acamados; nota-se que alguns já têm perda de peso, outros estão buscando ajuda no enfrentamento ao tabagismo e alcoolismo. Desta forma consideramos enquanto eSF que na avaliação após implantação do plano de ação, os usuários receberam benefícios, tanto em relação ao aprendizado promovendo o autocuidado em saúde e sua autonomia como no controle da HAS eprevenção de agravos. Espera-se que em longo prazo possamos identificar nos indicadores de saúde para a população hipertensa do território a redução de morbimortalidade por hipertensão.

Por fim gostaria de expressar que a participação no programa Mais Médicos para o Brasil e a especialização em gestão da saúde da família me permitiram uma nova avaliação da saúde básica do nosso país, além de fornecer e estimular um produtivo contexto de reflexões críticas.

A cada dia estive em busca de melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários do PSF com base nos conhecimentos adquiridos a cada disciplina cursada. Ao final de um ano sentimos os resultados positivos e com isso melhoramos a atenção da nossa

população; com isso minha impressão final é que a especialização me permitiu ser um profissional que no dia a dia busca o melhor para a população e para o PSF. Acredito que a consolidação dos conhecimentos com as práticas diárias foram essenciais, somente agradeço a coordenação do curso e a todos os orientadores.

REFERENCIAS

ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Revista Saúde Debate**; Rio De Janeiro, v. 39, n.esp., p. 28-38, dez. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00028.pdf>> acesso em 21/05/2020

ANSS. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 3. ed. **Rev. e atual.** Rio de Janeiro: ANS, 2009. 244 p. Disponível em:

https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdE_ditorialANS_Manual_Tecnico_de_Promocao_da_saude_no_setor_de_SS.pdf> acesso em 12/05/2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2011 Out 24 [citado 2012 Jan 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde.** Brasília, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde.** Brasília: MS; 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@.** Brasília, [online], 2017 Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 01/04/2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@.** Brasília, [online], 2019 Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 01/04/2020

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm acesso em 12/03/2020

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a

organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*; 2017.

BRASIL.Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out. 2011. [acesso em 2017 nov 22]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

BRASIL Constituição Federal do Brasil.1988.Legislação: CF; **Leis 8.080 e 8.142; LC 141**. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>> acesso em 13/05/2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde/Organização PanAmericana da Saúde, 2009.

CORDEIROJÚNIOR,W. **A gestão de riscos na urgência**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2008

CORDEIRO, L.; SOARES, C. B. Processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde: pesquisa-ação com Agentes Comunitários de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**,v.20, n.11, p.3581-3588, 2015.

COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C. M.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, set. 2006.

CHIARA, I. D. et al. **Normas de documentação aplicadas à área de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora E-papers, 2008.

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/planejamento_avaliacao_programacao_Versao_Final.pdf. Acesso em: 6 out. 2019.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, set. 2016.

GUEDES, M. V. C. et al. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06/07/2018

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M.; ROJAS, L. I. et al. O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA A. C.; BARCELLOS C.; MOREIRA J. C. et al. (Orgs.). **Revista Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237-55

GUIRAO-GORIS J. A.; PINA, M. P.; CAMPO, P. M. Validación del contenido diagnóstico de la etiqueta diagnóstica enfermera “sedentarismo”. **EnfermeríaClín** [Internet]. 2001[cited 2015 Apr 02];11(4):135-40

HERDMAN, T. H. **NANDA International Nursing diagnoses: definitions and classification**, 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell, 2013

SILVA, C.P.; DIAS, M., S., A.; RODRIGUES, A., B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. supl. 1, p. 1453-1462, set./out. 2009.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. [online] 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/serra-dos-aimores/panorama>> acesso em 19/05/2020

KROUSEL-WOOD, M.A. et al. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the Cohort Study of Medication Adherence Among Older Adults (CoSMO). **MedClin North Am**. 2009;93(3):753-69

KLEBA, M., E.; DUARTE, T., F.; ROMANINI, A.; CIGOGNINI, D., C.; ALTHAUS, I., R. Estimativa Rápida Participativa como ferramenta de diagnóstico na Estratégia Saúde da Família. **Revista Grifos**. v.38, n. 39, p. 159-177, 2015.

MAZO, G. Z.; MOTA, J. P. S.; GONÇALVES, L.H. T. Atividade Física e Qualidade de Vida de Mulheres Idosas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo, p.115-118. Jan/jun.2004.

MACHADO JC et al. análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.2, p. 611-620, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0611.pdf>> acesso em: 20/08/2018

MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. S.; LOBÃO, W. M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1365-1374, 2012

MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 397-409, 2015.

MENDES, E., V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MOROSINI, M., V., G., C.; FONSECA, A., F.; LIMA, L., D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saude Debate** 2018; v. 42, n. 116, p. 11-24.

PAHO. Pan American Health Organization. **Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization.** Washington, D.C.: PAHO; 2005.

PEARSON TA, PALANIAPPAN LP, ARTINIAN NT, et al. **American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention.** American Heart Association guide for improving cardiovascular health at the community level, 2013 update: a scientific statement for public health practitioners, healthcare providers, and health policy makers. *Circulation* 2013; 127(16):1730-1753.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet.**, v.377, n.9779, p.1778-97, 2011.

SANTOS, Z. M.; LIMA, H. P. Educational health technology in arterial hypertension prevention in workers: lifestyle change analysis. **Texto contexto - enferm.** v. 17, n. 1, p. 90-7, 2008.

SALVE, M. G. C.; BANKOFF, A. D. P. Análise da intervenção de um programa de atividade física nos hábitos de lazer. **Revista de Saúde Ocupacional**, v. 28, n. 105/106, p. 73-81, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA: Diretrizes em Hipertensão Arterial para Cuidados Primários nos Países de Língua Portuguesa. 2017 In: GBD 2015 **Fatores de Risco Colaboradores. Avaliação de risco comparativo global, regional e nacional de 79 riscos comportamentais, ambientais e ocupacionais e metabólicos ou grupos de riscos, 1990-2015:** uma análise sistemática para o Estudo Global da Carga de Doenças 2015. *Lancet*. 2016; 388 (10053) Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v109n5/pt_0066-782X-abc-109-05-0389.pdf> acesso e 22/09/2018

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA: SBC. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf> aceso 11/05/2020

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC; Sociedade Brasileira de Hipertensão – SBH e Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** São Paulo: 2010. [documento da Internet]. Disponível em: http://www.saude.al.gov.br/files/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA.pdf

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 89, n. 3, p. e24-e79, Set. 2007.

SCALA LC, MAGALHÃES LB, MACHADO A. **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica.** In: Moreira SM, Paola AV; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. ed. São Paulo: Manole; 2015

SOARES, M. M. et al. Adesão do idoso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa. **CogitareEnferm.**, Curitiba, v. 17, n. 1, 2011. Disponível em:

<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/26389/17582>>. Acesso em:07/07/2018

WHO. World Health Organization (WHO). **2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes.** Geneva: WHO; 2008

WHO. World Health Organization. **Um resumo global sobre hipertensão: assassino silencioso, crise global de saúde pública** [internet]. Geneva (CH): WHO; 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-0560015.pdf> acesso em:08/07/2018

ZAMAI, Carlos Aparecido. **Impacto das atividades físicas nos indicadores de saúde de sujeitos adultos:** Programa Mexa-se. 2009. 169f. Tese (Doutorado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

ANEXOS**Registro das atividades vivenciadas durante a execução do plano de ação**

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do Plano de Ação em Saúde Coletiva, intitulado(a): **ESTRATÉGIA PARA MELHORAR A ABORDAGEM AOS USUÁRIOS HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SERRA VERDE, EM SERRA DOS AIMORÉS/MG**, implantado no Município de Serra do Aimorés/MG, conduzido pelo Médico de família: **Avani Braz de Souto Filho**. Este plano de ação tem por objetivo principal elaborar um projeto de intervenção para melhorar o processo de trabalho prestado ao usuário hipertenso adscrito a Unidade Básica de Saúde da Família Serra Verde, município de Serra dos Aimorés, Minas Gerais. O público alvo são adultos com hipertensão arterial sistêmica de difícil controle.

Você foi selecionado(a) por critério de seleção dos sujeitos do projeto, sendo o mesmo participante deste projeto para a promoção da saúde coletiva. Sua participação não é obrigatória. Este projeto de intervenção não oferece riscos ou quaisquer custos para os seus participantes. A identificação do pesquisado não serão dispostas no contexto deste projeto, sendo assim, preservado sua identificação.

Caso você (participante) concorde em participar desta intervenção, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do autor e idealizador do projeto, responsável por desenvolver a intervenção na localidade.

Seguem os telefones e o endereço institucional do autor do projeto, responsável, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento. Autor/responsável: Avani Braz de Souto Filho, CPF: 039.268.703-89; Endereço: Rua Rio Paranaíba 133; Telefone: (085) 997841140; e-mail: braz.avani@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar. Serra dos Aimorés, ____ de _____ de 2020.

Assinatura do(a) participante: _____

