

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

SILVIA GOMES DA COSTA

**PLANO DE AÇÃO VISANDO A MAIOR ADESÃO AO TRATAMENTO
FARMACOLÓGICO E NÃO FARMACOLÓGICO EM USUÁRIOS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DA UNIDADE DE SAÚDE ARACI
SOARES RIBEIRO DO MUNICÍPIO DE PAULISTAS, MINAS GERAIS**

IPATINGA/ MINAS GERAIS

2019

SILVIA GOMES DA COSTA

**PLANO DE AÇÃO VISANDO A MAIOR ADESÃO AO TRATAMENTO
FARMACOLÓGICO E NÃO FARMACOLÓGICO EM USUÁRIOS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DA UNIDADE DE SAÚDE ARACI
SOARES RIBEIRO DO MUNICÍPIO DE PAULISTAS, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Profa. Dra. Nayara Ragi Baldoni Couto

IPATINGA/ MINAS GERAIS

2019

SILVIA GOMES DA COSTA

**PLANO DE AÇÃO VISANDO A MAIOR ADESÃO AO TRATAMENTO
FARMACOLÓGICO E NÃO FARMACOLÓGICO EM USUÁRIOS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DA UNIDADE DE SAÚDE ARACI
SOARES RIBEIRO DO MUNICÍPIO DE PAULISTAS, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Nayara Ragi Baldoni–Universidade de Itaúna (UIT)

Professor^a Dr^a Alba Otoni- Universidade Federal de São João del-Rei

Aprovado em Divinópolis, em 04_de abrilde 2019.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que de alguma forma contribuíram para a minha formação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por ter me permitido galgar tais passos, à minha família pelo apoio e à minha orientadora pelos conselhos e sábias correções.

Pensamos demasiadamente e sentimos muito pouco.
Necessitamos mais de humildade que de máquinas. Mais
de bondade e ternura que de inteligência. Sem isso, a
vida se tornará violenta e tudo se perderá.

Charles Chaplin

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica de alta morbimortalidade em todo o mundo. Um dos grandes desafios no cuidado da pessoa com HAS é a baixa adesão ao tratamento. Neste contexto o objetivo desse trabalho foi sensibilizar os usuários com hipertensão arterial sistêmica assistidos pela Estratégia de Saúde da Família Araci Soares Ribeiro, no município de Paulistas sobre a importância da adesão ao tratamento e adoção de hábitos de vida saudáveis. Para realização do presente plano de ação foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações. Os projetos planejados para o principal problema da unidade de saúde foram: vivendo melhor, conhecendo a hipertensão e acolhendo o hipertenso. Espera-se com estas intervenções propostas elevar o nível de conhecimento dos usuários com HAS sobre a sua morbidade, estimular as formas e estilo de vida saudáveis dessa população, intervir sobre os riscos modificáveis, além de melhorar a comunicação dos usuários com a unidade de saúde.

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

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a chronic disease of high morbidity and mortality throughout the world. One of the great challenges in the care of the hypertensive one is the low adhesion to the treatment. In this context, the objective of this study was to sensitize users with systemic arterial hypertension assisted by the Araci Soares Ribeiro Family Health Strategy in the city of Paulistas on the importance of adherence to treatment and adoption of healthy lifestyle habits. For the accomplishment of this action plan, the Situational Strategic Planning (PES) was used to quickly estimate the problems observed and define the priority problem, critical nodes and actions. The projects planned for the main problem of the health unit were: living better, knowing the hypertension and welcoming the hypertensive. These interventions are expected to raise the level of knowledge of SAH users about their morbidity, to stimulate healthy forms and lifestyle of this population, to intervene on modifiable risks, and to improve the communication of users with the health unit .

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Systemic Arterial Hypertension.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CISVAS	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Vale do Suaçuí
DCNT	Doenças Crônicas não transmissíveis
DCV	Doenças cardiovasculares
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSF	Programa Saúde da Família
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da Equipe de Saúde da Família Araci Soares Ribeiro, município de Paulistas, Minas Gerais, 2018.....	10
Quadro 1: Descritores do problema “Alto índice de hipertensos sem controle adequado identificados no diagnóstico da Equipe de Saúde da Família Araci Soares Ribeiro, município de Paulistas, Minas Gerais, 2018	17
Quadro 3: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alto índice de hipertensos sem controle adequado” identificados no diagnóstico da Equipe de Saúde da Família Araci Soares Ribeiro, município de Paulistas -MG, 2018.....	19
Quadro 4: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alto índice de hipertensos sem controle adequado” identificados no diagnóstico da Equipe de Saúde da Família Araci Soares Ribeiro, município de Paulistas -MG, 2018.....	20
Quadro 5: Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alto índice de hipertensos sem controle adequado” identificados no diagnóstico da Equipe de Saúde da Família Araci Soares Ribeiro, município de Paulistas -MG, 2018.....	21
Tabela 1: Distribuição das consultas do profissional médico e enfermeiro na unidade de saúde Araci Soares Ribeiro, 2017, Paulistas, Minas Gerais.....	7
Tabela 2: Distribuição por faixa etária da população adscrita da Unidade de Saúde Araci Soares Ribeiro, Paulistas, Minas Gerais.....	8
Tabela 3: Perfil epidemiológico da população adscrita da Unidade de Saúde Araci Soares Ribeiro, Paulistas, Minas Gerais.....	9

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
1.1 Aspectos gerais do município de Paulistas.....	6
1.2 O Sistema Municipal de Saúde.....	7
1.3 A Equipe de Saúde da Família Araci Soares Ribeiro, seu território e sua população.....	7
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade...	9
1.5 Priorização dos problemas.....	10
2. JUSTIFICATIVA.....	11
3. OBJETIVO.....	12
3.1 Objetivo geral.....	12
4. MÉTODO.....	13
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	14
5.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	15
6.PLANO DE INTERVENÇÃO.....	17
6.1 Descrição do problema selecionado.....	17
6.2 Explicação do problema selecionado.....	17
6.3 Seleção dos nós críticos.....	18
6.4 Desenho das operações.....	19
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Paulistas

Paulistas é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, com uma população estimada em 2018 de 4.849 habitantes. A população do último censo realizado em 2010 foi de 4.918 habitantes e com uma densidade demográfica de 23,30 hab/km². O gentílico do município é paulistano. O município pertence à Microrregião de Guanhães e à Mesorregião do Vale do Rio Doce. Assim como as cidades ao seu redor, tem sua economia voltada para a agropecuária, destacando-se a produção de queijos (IBGE, 2018; PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTAS, 2018).

O salário médio mensal dos trabalhadores formais, em 2016 foi de 1,5 salários mínimos. O percentual de pessoal ocupado é de 9,3% (n=466). Já o percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário mínimo no ano de 2010 foi de 46%. O Produto Interno Bruto (PIB) é de 9.018,11R\$ e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0.625 (IBGE, 2018).

Com relação a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade em 2010 foi de 98,3%. Já o número de estabelecimentos de ensino fundamental em 2017, são seis e de ensino médio uma (IBGE, 2018). No que se refere ao território e ao ambiente sabe-se que o município tem uma área territorial de 220, 564 km², o esgoto sanitário adequado em 2010 é de 47, 7% quanto a arborização de vias públicas 70,8% e urbanização de vias públicas 23,5% (IBGE, 2018).

Com relação ao ponto turístico do município de Paulistas destaca-se a Gruta do Lourdes, Bosque Raimundo e a Cachoeira de Geraldo Miranda Filho. Quanto a cultura do município comemora-se a festa de aniversário anualmente no dia 12 de dezembro (PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTAS, 2018).

1.20 Sistema Municipal de Saúde de Paulistas

Paulistas é um município pleno em Atenção Primária que é composta por uma Secretaria Municipal de Saúde, duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), dois Postos de Saúde de apoio e um Centro de Saúde, um Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica (NASF-AB). Possui uma Unidade de Urgência e pronto atendimento. No nível terciário tem uma unidade hospitalar, São João Evangelista. Em casos mais graves os pacientes são encaminhados para Governador Valadares e Belo Horizonte. Para realizar exames de ultrassonografia, mensalmente o município contrata um profissional para realizar exames, uma vez que os exames pactuados pela Programação Pactuada e Integrada (PPI) não atende à demanda do município, os demais exames de imagem são realizados em São João Evangelista, Belo Horizonte e Governador Valadares via SUS fácil ou consórcio.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Araci Soares Ribeiro, seu território e sua população

A Unidade de Saúde foi inaugurada há cerca de 20 anos e está situada na Rua Herculano Ferreira da Mata, S/N, bairro Centro. Na tabela 1 descreve os principais atendimentos pelos médicos e enfermeiros na unidade de saúde Araci Soares Ribeiro.

Tabela 1: Distribuição das consultas anuais do profissional médico e enfermeiro na unidade de saúde Araci Soares Ribeiro, 2017, Paulistas, Minas Gerais.

	Saúde Para todos
Puericultura	50
Pré-natal	38
Hipertensão Arterial Sistêmica	438
Diabetes <i>Mellitus</i>	138
Câncer	5
Tuberculose	0
Hanseníase	0
Total	669

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (2017).

Com relação a infraestrutura da unidade a área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (período da manhã), cria-se certo tumulto na Unidade de Saúde. Isso dificulta o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. A unidade possui uma sala de reuniões. O horário de funcionamento é de 07h:00min as 11h:00min e das 13h:00min as 17h:00min.

A equipe da ESF é composta por um médico da família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde (ACS), a equipe de saúde bucal e composta por um cirurgião dentista e um técnico de saúde bucal. O NASF também é cadastrado nesta equipe e é composto de um psicóloga, um educador físico e um fisioterapeuta. Sua área pode ser considerada adequada considerando a demanda e a população atendida de 2.634 pessoas adscrito, somente a população da zona rural (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição por faixa etária da população adscrita da Unidade de Saúde Araci Soares Ribeiro, Paulistas, Minas Gerais.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
0-1 ano	15	20	35
1-4 anos	60	61	121
5-14 anos	209	144	353
15-19 anos	102	132	234
20-29 anos	199	198	397
30-39 anos	184	164	348
40-49 anos	118	136	254
50-59 anos	110	130	240
60-69 anos	64	68	132
70-79 anos	40	50	90
≥ 80	40	66	106
Total	1.141	1.169	2.310

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (2017).

Na tabela 3 descreve as principais morbidades que afeta a população adscrita na Unidade de Saúde Araci Soares Ribeiro.

Tabela 3: Perfil epidemiológico da população adscrita da Unidade de Saúde Araci Soares Ribeiro, Paulistas, Minas Gerais.

Indicadores	Total
População de idosos	303
Pop. alvo para rastreamento de câncer de mama	174
Pop. alvo para rastreamento de câncer de colo	543
Pop. alvo para rastreamento de câncer de próstata	203
Hipertensão arterial esperados	690
Hipertensão arterial cadastrados: →SISAB	483
Relação hipertensos esperados/cadastrados	207
Diabetes <i>Mellitus</i> esperados	93
Diabetes <i>Mellitus</i> cadastrados: →SISAB	62
Relação diabéticos esperados/cadastrados	31

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (2017).

Com relação as principais causas de óbitos, de um modo geral, alguns poucos fatores de risco são os responsáveis pela maior parte da morbidade e mortalidade decorrentes das principais causas das doenças não-transmissíveis, entre eles: HAS, DM, tabagismo e etilismo e trauma. Já em relação as principais causas de internação seguem a seguinte ordem: parto; cirurgia eletiva, infarto agudo do miocárdio; acidente vascular cerebral; traumas. Quanto as doenças de notificação observam-se subnotificação dos casos de casos de Leishmaniose tegumentar e visceral os demais casos notificados são de atendimento antirrábico humano, violência doméstica e acidente de animais peçonhentos.

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

Foram levantados seis problemas principais na unidade de saúde:

1. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) descompensado
2. Pessoas com HAS sem diagnóstico
3. Não adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico de HAS
4. Alta rotatividade de profissionais na unidade de saúde
5. Maus hábitos alimentares
6. Etilismo

1.5 Priorização dos problemas

Quadro 1: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da Equipe de Saúde da Família Araci Soares Ribeiro, município de Paulistas, Minas Gerais, 2018.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Alto índice de pessoas com HAS sem o controle adequado	Alta	6	Parcial	1
Alto índice de pacientes com doenças crônicas degenerativas	Alta	7	Parcial	2
Alta prevalência de etilismo e abuso de drogas ilícitas na comunidade	Alta	6	Parcial	3
Troca constante de profissionais na UBS	Alta	6	Fora	4
Alto índice de Pacientes com doenças Crônicas degenerativas	Alta	5	Parcial	5

Fonte: Dados da equipe (2018).

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2. JUSTIFICATIVA

Na comunidade assistida pela ESF Araci Soares Ribeiro, no município de Paulistas, Minas Gerais, verifica-se uma grande prevalência de usuários com HAS, sendo que, a maioria não faz o acompanhamento da morbidade adequadamente e ainda persiste em hábitos inadequados para o controle da morbidade, hábitos estes que podem ser descritos: etilismo, tabagismo, sedentarismo e não adesão ao tratamento farmacológico. Sabe-se que o desconhecimento dos riscos associados ao quadro de HAS parece ser decisivo para a não adesão ao tratamento, ou resistência em mudança de hábitos. A postura da Equipe assistencial também não contribui para um maior acolhimento destes usuários. Percebe-se certa resistência de alguns membros da equipe para intervir e/ou abordar de forma humanizada os usuários com HAS. Diante de tal contexto, o presente plano de ação se justifica pela possibilidade de melhor assistir os pacientes com HAS, melhorar seu conhecimento sobre a morbidade, e assim, contribuir para a promoção de hábitos de vida saudáveis.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Sensibilizar os usuários com hipertensão arterial sistêmica assistidos pela Estratégia de Saúde da Família Araci Soares Ribeiro, no município de Paulistas, sobre a importância da adesão ao tratamento e adoção de hábitos de vida saudáveis.

4. MÉTODO

Para realização do presente plano de ação foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com Campos, Faria & Santos (2010). Foi feita ainda uma revisão narrativa na literatura científica, para melhor embasamento teórico, tendo sido consultada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), cujos descritores em saúde utilizados para busca de estudos foram: Hipertensão Arterial Sistêmica; Atenção Primária à Saúde; Tratamento. O trabalho foi desenvolvido respeitando as normas descritas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Para a estimativa rápida dos problemas foram utilizados ainda dados da equipe, registros da Secretaria Municipal de Saúde e registros do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Após a identificação do problema principal na unidade de saúde, elaborou-se as principais soluções e estratégias para o enfrentamento do problema. Para a viabilidade do plano foram identificados os recursos críticos para a execução das operações planejadas. Também, realizou-se uma reunião com o coordenador da Atenção Primária de Saúde do município de Paulistas para apresentação do plano de ação e uma reunião com a equipe profissional envolvidas no planejamento e desenvolvimento das ações do plano.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é referida na literatura como uma patologia crônica, silenciosa e incurável, além de ser um importante fator de risco para uma série de doenças cardiovasculares e metabólicas. A realidade brasileira é catastrófica quando se analisa a incidência, prevalência e manejo da HAS. Estima-se que 25% da população possua esta morbidade, sendo que as doenças cardiovasculares (DCV) representam no país a principal causa de mortes acima de 40 anos, tendo a HAS como principal fator desencadeante (CESARINO et al., 2012).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) (2012) a HAS promove alterações em diversos sistemas do organismo, com elevado risco de morbimortalidade associada. Segundo a mesma entidade houve nas últimas décadas mudanças no padrão de adoecimento e mortalidade na população brasileira, com redução de doenças infectocontagiosas e aumento de eventos cardiovasculares seguramente correlacionados ao aumento da incidência e prevalência da HAS.

De acordo com Hoepfner et al. (2017) além do diagnóstico aterrador da HAS o indivíduo comumente enfrenta dificuldades em seguir o tratamento proposto, seja pela necessidade de mudança de hábitos de vida, desconhecimento da patologia e suas complicações, ou ainda pela falta de acesso aos serviços de saúde. Há segundo os pesquisadores uma “inércia generalizada” quando se fala em HAS. Poucas políticas públicas realmente eficazes, baixo conhecimento sobre a patologia, que resulta em uma baixa adesão ao tratamento, e grande gasto público com tratamento de complicações da doença.

Para que haja um controle efetivo dos níveis pressóricos é importante que o paciente além de aderir ao tratamento medicamentoso mude seus hábitos de vida, reduzindo ações deletérias como o tabagismo, etilismo e sedentarismo (SILVA et al., 2014; GIMENES et al., 2016). Entretanto, sem ter a consciência exata do risco a que está exposto dificilmente promoverá tais mudanças em sua vida. Diante disso torna-se fundamental ações de educação em saúde que conscientize os mesmos e

promovam hábitos saudáveis como a prática regular de atividade física e adesão a uma alimentação mais saudável (RIBEIRO; LATERZA, 2014).

Mengue et al. (2016) ponderam que mesmo com elevado acesso aos medicamentos, grande parte dos hipertensos não aderem à medicação proposta, em grande parte por dificuldades em seguir com a terapia proposta por seus efeitos adversos. Uma vez que desconhecem os riscos associados ao abandono do tratamento os pacientes tendem a acreditar que não necessitam do referido medicamento.

Esperandio et al. (2013) ressaltam a necessidade implantar nos serviços de Atenção Básica à Saúde políticas e ações de prevenção de agravos e promoção da saúde para estimular o autocuidado na população. Os autores ponderam que a população mundial está envelhecendo e com o envelhecimento é esperado um aumento substancial de Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) como a HAS e o Diabetes. Com a implantação de tais políticas e ações espera-se um maior controle de fatores de risco modificáveis, além de uma melhor condição de saúde e qualidade de vida na população em geral.

5.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As DCNT são responsáveis por aproximadamente 70% dos óbitos não violentos na população brasileira. Além da mortalidade associada tais patologias desencadeiam ainda uma elevada morbidade na população, constituindo assim um grave problema de saúde pública. De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil as DCNT mais comuns são as patologias cardiovasculares (hipertensão arterial, infarto, Acidente Vascular encefálico (AVE), diabetes *mellitus*, câncer, e doenças respiratórias (MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2011).

As DCNT possuem etiologia múltipla, inúmeros fatores de risco, e comumente grandes períodos de latência, o que determina seu difícil controle e cronicidade dos quadros. Comumente tais patologias desencadeiam limitações funcionais e redução da condição de saúde e qualidade de vida da população. Como são em grande parte desencadeadas ou agravadas por hábitos de vida deletérios (dieta inapropriada, tabagismo, etilismo, sedentarismo, dentre outras), estima-se que ações de prevenção e promoção da saúde com orientação adequada da população possam garantir a redução da morbimortalidade associada a tais patologias. Para tanto a

Atenção Primária à Saúde - APS, constitui no Brasil, o nível de complexidade adequado para prevenção, manejo e controle de tais patologias impedindo assim o agravamento do quadro (THOMÉ; GERHARDT, 2012).

Outros fatores citados na literatura como predisponentes ao desenvolvimento das DCNT são o estresse, urbanização crescente, mudanças socioeconômicas, envelhecimento e globalização. Estima-se que 80% das consultas em APS e 60% das consultas e internações hospitalares sejam decorrentes de DCNT. Verifica-se que embora já seja consagrado pela literatura que a mudança de hábitos de vida seja fundamental para prevenção e manejo das DCNT há grande resistência da população em geral na adesão a tais mudanças, além disso, é citado que a rede de atenção geralmente não oferece ações preventivas e acompanhamento satisfatório, reduzindo ainda mais a adesão ao tratamento preconizado (SILOCCHI; JUNGES, 2017).

Além de questões biológicas existem também determinantes sociais envolvidos diretamente com a ocorrência de DCNT, as desigualdades sociais, a baixa escolaridade, dificuldades de acesso a bens e serviços, ou à informação são alguns dos determinantes que comprometem significativamente a qualidade de vida e condição de saúde da população. Estudos recentes apontam que embora as DCNT sejam bastante diversificadas as mesmas possuem fatores de risco em comum como consumo de álcool e fumo, alimentação não saudável e inatividade física. Assim, ao estimular mudança de hábitos de vida consegue-se reduzir uma série de fatores de risco para as doenças que mais matam em todo o mundo (DAUDT; BOZZETTI, 2013).

Oliveira, Faoro e Cubas (2017) ressaltam que a população com menor escolaridade e de baixa renda é a mais acometida por DCNT, e é nesta população também que se encontra o principal público-alvo da APS, visto que, grande parte dos indivíduos com maior poder aquisitivo possui sistema privado de saúde. No Brasil, com o sistema público de saúde estima-se que haja um gasto anual de aproximadamente 7,5 bilhões de dólares com atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares de pacientes portadores de DCNT (OLIVEIRA; FAORO; CUBAS, 2017).

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Alto índice de pessoas com hipertensão sem o controle adequado”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado

Na área adstrita à ESF Araci Soares Ribeiro, existe segundo dados do SIAB um total de 492 indivíduos com HAS, subdivididos em sete microáreas (Micro 4, micro 5, micro 6, micro 7, micro 8, micro 9 e micro10). Entretanto, tais dados geralmente não condizem com a realidade vivenciada e/ou com os dados de registro da equipe.

Quadro 2: Descritores do problema “Alto índice de pessoas com hipertensão sem controle adequado identificados no diagnóstico da Equipe de Saúde da Família Araci Soares Ribeiro, município de Paulistas, Minas Gerais. 2018.

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos Esperados	587	Estudos
Hipertensos Cadastrados	530	SIAB
Hipertensos Confirmados	492	Registro da equipe
Hipertensos acompanhados mensalmente	146	Registro da equipe
Hipertensos Controlados	231	Registro da equipe
Hipertensos com complicações cardiovasculares	187	Registro da equipe

Fonte: Dados da equipe (2018).

6.2 Explicação do problema selecionado

A HAS é uma doença crônica, multifatorial e de difícil controle. Entende-se que a dificuldade de controle da patologia se dá principalmente por três nós críticos: O desconhecimento da patologia pelos indivíduos afetados, o que desencadeia uma menor preocupação com o tratamento; A persistência de hábitos de vida deletérios como o tabagismo, etilismo e sedentarismo e também a dificuldade de formação de

vínculo entre usuário e equipe assistencial. Entende-se que uma vez formado tal vínculo torna-se possível intervir nessa população, com maior efetividade. Para tanto, uma postura mais humanizada e acolhedora da equipe de saúde é essencial.

6.3 Seleção dos nós críticos

Foram selecionados três nós críticos para elaboração das ações, são eles:

- Hábitos e estilos de vida inadequados
- Nível de Informação precário
- Processo de Trabalho da Equipe de Saúde (Baixo acolhimento e humanização)

6.4 Desenho das operações

Após o diagnóstico situação, eleição do problema e identificação dos nós-críticos deste, procedeu-se então o desenho das operações propostas, que estão abaixo delineadas nos quadros 3, 4 e 5.

Quadro 3: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Alto índice de pessoas com hipertensão sem controle adequado” identificados no diagnóstico da Equipe de Saúde da Família Araci Soares Ribeiro, município de Paulistas -MG. 2018.

Nó crítico 1	Hábitos e Estilos de Vida inadequados
Operação (operações)	Estabelecer práticas educativas na comunidade visando estimular a adoção de hábitos de vida mais saudáveis
Projeto	Vivendo melhor
Resultados esperados	Promover a mudança de hábitos de vida em pelo menos 20% dos usuários no prazo de 1 ano.
Produtos esperados	Palestras de conscientização mensais (por 04 meses) Oficinas de Nutrição Saudável Caminhada da Saúde
Recursos necessários	Estrutural: Profissional para as ações educativas, Salas para execução das palestras Cognitivo: Informação sobre o tema; Financeiro: Recurso para impressão de convites, Projetor e/ou cartazes para palestra, Camisetas para Caminhada. Político: Mobilização social.
Recursos críticos	Estrutural: Sala para realizar as palestras na Unidade de Saúde, visto que o espaço físico da unidade é limitado. Financeiro: Camisetas para Caminhada. Político: Adesão do gestor local
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde - Favorável.
Ações estratégicas	Pedir patrocínio às lojas locais para camisetas e divulgação das ações, solicitar parceria com a Secretaria Municipal de Saúde
Prazo	6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica Estratégia de Saúde da Família, Equipe de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Nutricionista e Educador Físico
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação da execução das palestras, e avaliação da adesão da população através de listas de presença e feedback dos participantes.

Quadro 4: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alto índice de hipertensos sem controle adequado” identificados no diagnóstico da Equipe de Saúde da Família Araci Soares Ribeiro, município de Paulistas -MG. 2018.

Nó crítico 2	Nível de Informação precário
Operação (operações)	Estabelecer práticas educativas na comunidade visando aumentar o conhecimento sobre HAS.
Projeto	Conhecendo a Hipertensão
Resultados esperados	Aumentar a adesão ao tratamento em pelo menos 40% dos Hipertensos confirmados pela Equipe de Saúde
Produtos esperados	Distribuição de Folders sobre Hipertensão Realização de no mínimo 10 rodas de conversa com os usuários na UBS no prazo de 05 meses.
Recursos necessários	Estrutural: Profissional para as ações educativas, Salas para execução das rodas de conversa Cognitivo: Informação sobre o tema Financeiro: Recurso para impressão de folders Político: mobilização social.
Recursos críticos	Financeiro: Impressão de Folders Político: Adesão do gestor local
Controle dos recursos críticos	Não será necessário.
Ações estratégicas	Utilizar folders disponibilizados gratuitamente pelo Ministério da Saúde.
Prazo	6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica Estratégia de Saúde da Família, Equipe de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação da execução das palestras, e avaliação da adesão da população através de listas de presença e feedback dos participantes.

Quadro 5: Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alto índice de pessoas com hipertensão sem controle adequado” identificados no diagnóstico da Equipe de Saúde da Família Araci Soares Ribeiro, município de Paulistas -MG. 2018.

Nó crítico 3	Processo de Trabalho da Equipe de Saúde (Baixo acolhimento e humanização)
Operação (operações)	Estabelecer práticas educativas com a equipe assistencial estimulando o acolhimento e humanização
Projeto	Acolhendo o Hipertenso
Resultados esperados	Capacitar 100% dos profissionais da equipe assistencial sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica e importância do acolhimento e humanização.
Produtos esperados	Reunião de Capacitação
Recursos necessários	Estrutural: Profissional para as ações educativas, Salas para execução da reunião Cognitivo: Informação sobre o tema
Recursos críticos	Político: Articulação inter-setorial visando menor sobrecarga dos profissionais
Controle dos recursos críticos	Secretaria de Saúde - Favorável
Ações estratégicas	Apresentar o projeto e solicitar apoio
Prazo	6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica Estratégia de Saúde da Família
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação da participação dos profissionais na reunião.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este projeto de intervenção educativa, que se propõe para os usuários com HAS da unidade de saúde Araci Soares Ribeiro espera-se aumentar o nível de conhecimento sobre a sua morbidade, orientar quanto as formas e estilo de vida saudáveis para evitar possíveis complicações, intervir sobre os riscos modificáveis (alimentação e práticas de atividade física) conhecido também como tratamento não farmacológico, além de melhorar a comunicação dos usuários com a ESF e possibilitar uma inserção comprometida da equipe de saúde.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSUNÇÃO, I.A.; SANTOS, K.; BLATT, C.R. Relação municipal de medicamentos essenciais: semelhanças e diferenças. **RevCiêncFarm Básica Apl.**, v.34, n.3, p.431-439, 2013.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, [online], 2016a. (BRASIL. Ministério da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde** (DeCS). Brasília, [online] 2017. Disponível em: <http://decs.bvs.br/homepage.htm>). Acesso em: 12 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos 2001**/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 03 abr. 2018.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 03 abr. 2018.

CESARINO, E. J., et al. Avaliação do risco cardiovascular de indivíduos portadores de hipertensão arterial de uma unidade pública de saúde. **Einstein**, v. 10, n. 1, p. 33-38, mar. 2012.

CORREIA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>). Acesso em: 03 abr. 2018.

DAUDT, C. V. G.; BOZZETTI, M. C. **Fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis em uma comunidade universitária do sul do Brasil (UFRGS)**. Porto Alegre, n. 178, 2013. Curso de Pós-Graduação em medicina: Epidemiologia, Departamento de Escola de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. 2013.

ESPERANDIO, Eliane Maria et al. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 481-493, set. 2013.

FARIA H.P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. Nescon/UFMG – 2 ed. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Processo_de_trabalho_em_saude_2/3. Acesso em: 08 jul., 2018.

GIMENES, C., et al. Profile of Hipertensão patients in the municipality of Barra Bonita, São Paulo state. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 29, n. 4, p. 731-739, dez. 2016.

HOEPFNER, C., et al. Apoio Matricial e Controle da Hipertensão Arterial. **Int. J. Cardiovasc. Sci.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 199-206, jun. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/paulistas/panorama>. Acesso em: 28 de out de 2018.

MENGUE, S. S. et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 2, 8s, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. **Diário Oficial da União**, p.1–134, 2011.

SILVA, T. S. S., et al. Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 376-383, 2016.

OLIVEIRA, E; FAORO, N. T.; CUBAS, R. F. Análise de tendência da taxa de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis no estado do Paraná entre 2000 e 2013. **Espaço Para a Saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 18, n. 1, p. 90–99, 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Departamento de Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica. Comités de farmacoterapia: Guía práctica [Internet]. Ginebra: OSM; 2003. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s8121s/s8121s.pdf>. Acesso em 08 nov. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTAS. Disponível em: <https://paulistas.mg.gov.br/historia/>. Acesso em: 28 de out de 2018.

RIBEIRO, M. P; LATERZA, M. C. Efeito agudo e crônico do exercício físico aeróbio na pressão arterial em pré-hipertensos. **Rev. educ. fis. UEM**, Maringá, v. 25, n. 1, p. 143-152, 2014.

SILOCCHI, C.; JUNGES, J. R. Equipes de atenção primária: Dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Trab. educ. saúde**, v. 15, n. 2, p.599–615, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol**, v.107, n.3, 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em 19 mai., 2018.

THOMÉ, D. L.; GERHARDT, L. M. **Ações do enfermeiro na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis**: revisão integrativa. Porto Alegre, n. 43, 2012. Curso de Graduação em Enfermagem, Departamento de Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. 2012.