

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

REGINA MERCEDES RIVERA ODIO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL NOS
PACIENTES RESIDENTES DO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NOSSA SENHORA DA SAÚDE, MUNICÍPIO
BOM REPOUSO – MINAS GERAIS**

CAMPOS GERAIS - MINAS GERAIS

2016

REGINA MERCEDES RIVERA ODIO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL NOS
PACIENTES RESIDENTES DO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NOSSA SENHORA DA SAÚDE, MUNICÍPIO
BOM REPOUSO – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Maria Marta Amâncio Amorim

CAMPOS GERAIS - MINAS GERAIS

2016

REGINA MERCEDES RIVERA ODIO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL NOS
PACIENTES RESIDENTES DO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NOSSA SENHORA DA SAÚDE, MUNICÍPIO
BOM REPOUSO – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Marta Amancio Amorim – orientadora (colaborador externo)

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 09/06/2016

DEDICATÓRIA

À memória de meu pai.

Agradeço a minha mãe por sua dedicação e amor incondicional.

Para o meu filho, abençoado por Deus.

Meus amigos, pelo mérito de sempre confiar em mim.

Deus todo-poderoso que ilumina o meu caminho.

AGRADECIMENTOS

A Profa. Dra. Maria Marta Amâncio Amorim por sua orientação e profissionalismo.

Aos meus colegas por seu apoio.

“Coragem é a força que nasce da nossa própria
disposição de aprender e de servir”.

Chico Xavier (Psicografado).

RESUMO

Este estudo teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção na Estratégia de Saúde da Família de Nossa Senhora da Saúde, Bom Reposo, Minas Gerais, da atenção integrada ofertada aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. Na Estratégia de Saúde da Família Nossa Senhora da Saúde, a doença mais prevalente é a hipertensão arterial sistêmica, na ordem de 27,3% da população com idade igual ou superior a 20 anos. A maioria dos usuários tem estilos e comportamentos de vida não saudável. Os problemas que a equipe de saúde da família enfrenta são: alta associação de usuários com hipertensão, com estilos de vida inadequados, baixa adesão a medicamentos, pouco conhecimentos da doença, falta de controle e monitoramento do cumprimento do tratamento médico pela equipe de saúde. Para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional, que propõe o desenvolvimento do planejamento, a partir de estratégias que estão relacionadas à solução de problema. O trabalho apresenta uma proposta de intervenção centralizada em quatro projetos: “Melhor bem-estar”, “Aprender saúde”, “Linha de cuidado integral” e “Cuidar com qualidade”. Espera-se que esta proposta contribua para que estas estratégias de intervenção sejam bem-sucedidas e contribuam para melhorar o atendimento dos usuários com hipertensão, incentivar a melhoria dos hábitos e estilos de vida adequados, melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e que eles possam adquirir conhecimento sobre a doença e seu autocuidado, bem como elevar seu nível de responsabilidade, para que possam gozar de bem-estar físico, e emocional.

Palavras-chave: Hipertensão. Estratégia de Saúde da Família. Fatores de risco, Estilos de vida.

ABSTRACT

This study aimed to develop a proposal for intervention in the Health Strategy of Nossa Senhora da Saúde, Bom Repouso, Minas Gerais, integrated care offered to patients with systemic hypertension. In the Family Health Strategy Nossa Senhora da Saúde, the most prevalent disease is hypertension, in the order of 27.3% of the population aged over 20 years. Most users have styles and behaviors of unhealthy life. The problems that the family health team faces are: high association of users with hypertension, with inadequate lifestyles, poor adherence to medication, little knowledge of the disease, lack of control and monitoring of compliance of medical treatment by the health team. For the development of the Intervention Project was used the Situational Strategic Planning Method, which proposes the development of planning, from strategies that are related to problem solving. The work proposes a centralized intervention in four projects: "Better welfare", "Learning health", "comprehensive care line" and "Caring with quality." It is expected that this proposal will contribute to these intervention strategies are successful and contribute to improve the care of members with hypertension, encourage improvement of habits and styles of adequate living, improve adherence to medication and non-medication and they can gain knowledge about the disease and self-care, and raise their level of responsibility so that they can enjoy physical well-being, and emotional.

Keywords: Hypertension. Family Health Strategy. Risk factors. Lifestyle. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde.

APS – Atenção Primária à Saúde.

APAE- Associação de Pais dos Amigos dos Excepcionais.

BVS- Biblioteca Virtual em Saúde

COPASA- Companhia de Saneamento de Minas Gerais.

DM - Diabetes Mellitus.

EBS- Educação Básica Secundária

ESF- Estratégia de Saúde da Família.

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica.

HIPERDIA - Programa de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

PA - Pressão arterial.

PES - Planejamento Estratégico Situacional.

SBC- Sociedade Brasileira de Cardiologia.

SBH - Sociedade Brasileira de Hipertensão.

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica.

SICOOB- Sistema de Cooperativas e Créditos do Brasil.

SUS - Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERENCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

Em 1846 foi criado o distrito de São Sebastião e São Roque do Bom Retiro, que posteriormente teve seu nome reduzido para Bom Retiro, o que significa lugar solitário, deserto, ermo, lugar de descanso ou recolhimento, sossego, tranquilidade, remanso, lugar onde os animais ficam certo tempo para descanso, nome este certamente conseqüente do clima frio e de altitude (1.750m). Sua denominação atual foi dada em 1943 e, dez anos mais tarde, Bom Repouso foi elevado a município. A festa de São Sebastião e São Roque é prestigiada por toda a população local, quando são promovidos leilões de gado, apresentações de bandas de música e outras atrações.(IBGE, 2008).

Seu relevo é montanhoso e está em uma altitude média de 1371 metros acima do nível de mar, chegando atingir uma altura máxima de 1680 metros em seu ponto mais alto. Seu clima é ameno e úmido, durante o verão e seco e frio no inverno. A temperatura média anual é de 19°C, Pelo fator climático de sua região, o mesmo favorece culturas de frutas silvestres como o morango (IBGE, 2008).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Nossa Senhora da Saúde está localizada na zona urbana do município Bom Repouso, região central, tendo como referência a Praça Coronel Ananias de Andrades, Igreja Católica São Roque. Localiza-se no mesmo local da Secretaria de Saúde, na Rua Minotti Mangia, número 37. A equipe foi criada em setembro de 2014 como Estratégia de Saúde da Família (ESF). O horário de funcionamento é de 08h00min a 11h30min e de 13h00min a 17h00min (BOM REPOUSO, 2014).

A área de abrangência da ESF Nossa Senhora das Saúde atende a um total de 703 famílias. A população total cadastrada da ESF é de 2058 pessoas, sendo que 132 pessoas, 6,41% têm plano de saúde. Apesar de algumas pessoas terem plano de saúde o Sistema Único de saúde cobre 100% dos usuários (BOM REPOUSO, 2014).

Em relação às áreas de lazer existentes no bairro, há várias opções, dentre elas a Praça Coronel Ananias de Andrades, que possui discoteca, clube literário e o clube

de Campos, onde as crianças podem praticar vários tipos de esporte, com futebol (BOM REPOUSO, 2014).

A equipe de saúde que atua na unidade é formada pelos seguintes profissionais: uma médica; uma enfermeira; uma técnica de enfermagem; uma psicóloga; cinco agentes comunitários de saúde (ACS) e uma auxiliar de serviços gerais. O horário de trabalho da equipe é o mesmo de funcionamento da UBS, sendo que algumas atividades são realizadas em outros locais, como as visitas domiciliares, campanhas educativas, etc. (BOM REPOUSO, 2014).

Na UBS são realizadas consultas de controle aos usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis, com atendimento continuado, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Asma Bronquial, entre outros, com uma frequência trimestral, e se realiza visitas domiciliares à esses usuários.

No Programa de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. (HIPERDIA) se faz um abordagem multifatorial, sendo cadastramento, acompanhamento, identificação de complicações e repasse de medicamentos. O número de usuários que comparecem à reunião mensal do HIPERDIA corresponde a apenas 30% do total de hipertensos cadastrados no programa e predominam as ações educativas. Os pacientes que são acamados, o que impossibilita seu comparecimento ao HIPERDIA recebem, então, visita domiciliar.

A equipe está procurando fazer assistência de um maior número de usuários hipertensos ao grupo de HIPERDIA e fazer ações integrais e holísticas com os usuários hipertensos com sobrepeso, que não praticam atividade física, com baixa adesão ao tratamento farmacológico e relato de alimentação inadequada.

Em relação aos recursos materiais a ESF possui espaço próprio, com salão de recepção, com área para espera de usuários contendo cadeiras, bebedouro; três consultórios clínicos, dois banheiros para uso da população (masculino e feminino), banheiro para uso da equipe, sala de esterilização de materiais e expurgo; sala de procedimentos de enfermagem (pesagem, aferição de pressão arterial, inalação, curativos), depósito de materiais de limpeza, copa, local de encontro dos ACS.

Esta unidade realiza atendimento médico e de enfermagem diariamente. As atividades que são desenvolvidas pela equipe são: pré-natal, visita domiciliar pelos ACS, enfermagem e técnica de enfermagem e médico; puericultura, curativos, inalações, injetáveis, grupos operativos, HIPERDIA, gestante, planejamento familiar, glicemia capilar e vacinação.

No Quadro 1 é apresentado os aspectos demográficos da população, por grupos de idade, no território da ESF Nossa Senhora da Saúde/Bom Repouso, no ano de 2015. Predomina a faixa etária relativamente jovem de 20 a 24 anos e de 40 a 59 anos, e em seguida de idosos e crianças. Em relação ao sexo há um predomínio do feminino.

Quadro 1- Aspectos demográficos: população, por grupos de idade, no território da UBS Nossa Senhora da Saúde/Bom Repouso, no ano 2015.

Sexo	Faixas etárias									
	< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-39	40-59	>60	Total
Homens	10	41	74	62	91	84	238	259	148	1007
Mulheres	8	54	85	59	67	72	261	274	171	1051
Total	18	95	159	121	158	156	499	533	319	2058

Fonte: Arquivo ESF Nossa Senhora da Saúde, Bom Repouso, MG, 2015.

Quanto ao abastecimento de água é feita pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA) para 100% da população urbana. Na área rural o abastecimento é por poço, sendo a água tratada com hipoclorito. Toda a população possui energia elétrica (BOM REPOUSO, 2014).

O município possui três instituições financeiras: Banco Bradesco, Banco do Brasil, Sistema de Cooperativas e Créditos do Brasil (SICOOB). Além disso, conta com uma agência dos Correios, três igrejas católicas e uma igreja evangélica, locais em que são realizados trabalhos de prevenção social na comunidade (BOM REPOUSO, 2014).

No que tange a educação a área de abrangência possui cinco estabelecimentos de ensino público municipal, sendo quatro escolas de ensino fundamental e uma escola de ensino pré-escolar. Há também no município uma escola de ensino especial da Associação de Pais dos Amigos dos Excepcionais (APAE) (BOM REPOUSO, 2014).

Os principais postos de trabalho são: agricultura (cultivo de morango, batatas, feijão, milho, brócolis; pecuária: bovino), artesanato e comércio. As principais atividades econômicas são: produção de lavouras permanentes, pecuária, serviços domésticos, comércio, produção de lavouras temporárias e horticultura (BOM REPOUSO, 2014).

As principais atividades domiciliares são: venda de laticínios, realização de crochê /bordados, confecção de bolos/bolachas/biscoitos/doces, artesanato, salão de manicure/pedicure, venda de produtos de catálogo, salão cabeleireira, venda de roupas (BOM REPOUSO, 2014).

As principais ocupações do território são: lavrador, funcionário público, pecuarista, pedreiro, confeitadeira/bolacheira/doceira, comerciante, professor, empregada doméstica/diarista, auxiliar de serviços gerais, costureira, crocheteira, motorista/frentista, vendedor de produtos derivados do leite, comerciante ambulante, auxiliar de produção em laticínio, balconista de bar/loja/supermercado, auxiliar de serviços em supermercado/depósito de bebidas, venda de mel/própolis e fabricação de outros produtos alimentícios (BOM REPOUSO, 2014).

Na ESF Nossa Senhora da Saúde, a doença mais prevalente é a HAS, na ordem de 27,3% da população, com idade igual ou superior a 20 anos. A maioria deles tem estilos e comportamentos de vida não saudável.

Os problemas que a ESF Nossa Senhora da Saúde enfrenta são: alta associação de usuários com HAS com estilos de vida inadequados, baixa adesão a medicamentos, pouco conhecimentos da HAS, alta prevalência de DM, usuários com hiperlipidemias, uso indiscriminado de ansiolíticos e anti-depressivos, elevada incidência de episódios depressivos. O problema priorizado foi a alta associação de usuários com HAS com estilos de vida inadequados, baixa adesão a medicamentos, pouco conhecimentos da HAS.

2 JUSTIFICATIVA

Foi escolhido propor uma intervenção para melhorar o atendimento dos usuários com HAS, com hábitos e estilos de vida inadequados, com não adesão ao tratamento e limitado conhecimento da doença, em nossa área de abrangência. A HAS é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial (PA), frequentemente associada a alterações de órgãos alvos e, por conseguinte, ao aumento do risco cardiovascular (BRASIL, 2006).

É uma das doenças de maior prevalência na população. No mundo, são 600 milhões de pessoas com HAS, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que haja 30 milhões de hipertensos, cerca de 30% da população adulta. Entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% têm HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em Minas Gerais a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais estima prevalência de HAS na ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos (MINAS GERAIS. 2013). Na ESF Nossa Senhora da Saúde, a doença mais prevalente é a HAS, na ordem de 27,3% da população com idade igual ou superior a 20 anos.

O tratamento não medicamentoso constitui medida fundamental na abordagem da HAS, uma vez que sua instituição é eficaz na prevenção e no tratamento de HAS, além de potencializar o tratamento medicamentoso. Neste sentido, as principais estratégias se relacionam à redução do consumo de sal e de álcool, redução do peso corporal, realização de exercícios físicos regularmente e combate a fatores estressores.

É importante considerar a transmissão de informações básicas sobre a doença, para reorganizar o processo de trabalho com o objetivo de melhorar a efetividade do cuidado e a abordagem aos usuários.

Nossa equipe participou e analisou todos os problemas aqui descritos e considerou que existem recursos humanos e materiais no nível local para fazer um projeto de intervenção, portanto a proposta é viável.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar uma proposta de intervenção da atenção integrada da hipertensão arterial sistêmica na Estratégia Saúde da Família Nossa Senhora da Saúde do município Bom Repouso/MG.

3.2 Específicos

Melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários com hipertensão arterial sistêmica na Estratégia Saúde da Família Nossa Senhora da Saúde, por meio de um plano de intervenção.

Propor implantar a linha de cuidado para as pessoas com hipertensão.

Elaborar ações educativas para a melhoria dos conhecimentos dos integrantes da equipe de saúde e usuários com hipertensão.

Incentivar a melhoria dos hábitos e estilos de vida adequada dos usuários portadores de hipertensão.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES), que propõe o desenvolvimento do planejamento, a partir de estratégias que estão relacionadas à solução de problema. Esse método permite construir viabilidade para um plano elaborado, visando alcançar determinados objetivos, relacionados com a situação e condição a partir da qual os atores sociais interpretam e explicam a realidade para o problema considerado como impossível, e ao mesmo tempo, em que é possível ser transformado, na direção traçada (CAMPOS ; FARIA; SANTOS, 2010).

Com a nossa equipe multiprofissional e atuando intersetorialmente e ainda com participação da comunidade identificamos os problemas de saúde de nossa população com as diversas fontes de informação que possibilitaram melhor identificação da área trabalhada (aspectos quantitativos), fontes qualitativas, informações da própria comunidade e observações sobre as condições da vida, usando o PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS , 2010).

Os dados coletados foram levantadas em três fontes: nos registros escritos existentes ou fontes secundárias, em entrevistas com informantes chaves, utilizando questionários curtos, na observação ativa da área. Posteriormente os dados foram analisados e interpretados. Na descrição do problema priorizado, a equipe Nossa Aenhora da Saúde utilizou alguns dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e outros que foram produzidos pela própria equipe. Também foram obtidas informações na Secretaria de Saúde de Bom Repouso e nas bases de dados do SIAB e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Foi realizada uma revisão de literatura, nas bases de dados eletrônicos do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no Ministério da Saúde (MS), utilizando as seguintes descritores: hipertensão, fatores de risco, estilos de vida, atenção primária à saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Conforme dados apresentados pelo Ministério de Saúde, a Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares, além do mais é tida como principal fator de risco do acidente vascular cerebral e do infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil há cerca de 17 milhões de portadores da HAS, o que representa 35% da população com mais de 40 anos (BRASIL, 2006).

A crescente importância das doenças no perfil epidemiológico da população brasileira tem induzido o poder público a propor atividades sistemáticas, com a finalidade diminuir a morbimortalidade por estes agravos. A assistência médica aos portadores de HAS deve ser de acordo com diretrizes e protocolos já existentes, de acordo com o Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco Cardiovascular do MS de 2009 (PEREIRA *et al.*, 2009).

Para que os usuários com HAS façam as adaptações no seu cotidiano é necessário que eles sejam coesos a um plano terapêutico, mediante a elaboração de estratégias de acompanhamento integral e humanizado. Isso pode ocorrer à medida que os usuários venham a conhecer a HAS e suas consequências, e, além disso, os benefícios que possam adquirir mediante a manutenção e metas instituídas pelo plano terapêutico. É importante informar sobre como reconhecer os sintomas que são característicos do descontrole da HAS, as complicações que podem ocorrer em órgãos alvos, assim como os efeitos colaterais e eventuais que o tratamento medicamentoso pode causar. Não se deve esquecer de que essas informações passadas aos portadores de HAS sejam de forma prescrita e de forma verbal clara, para que possam ser bem compreendida pelos usuários e seus familiares (BRASIL, 2006).

A HAS é um dos principais fatores de risco cardiovascular e pode resultar em consequências graves a alguns órgãos (coração, cérebro, rins, e vasos sanguíneos), além de ser considerada um grave problema de saúde pública pela sua cronicidade,

pelos altos custos com suas internações, pela incapacitação por invalidez e pela aposentadoria precoce (MINAS GERAIS, 2013).

Além disso, essa afecção é considerada um dos principais problemas de saúde pública, devido a sua alta prevalência e a relação linear e contínua do aumento da PA com a elevação do risco cardiovascular (MINAS GERAIS, 2013).

Dentre os fatores de risco associados mais importantes, alguns são considerados não modificáveis como: idade, gênero, etnia, e fatores genéticos. Dentre os modificáveis, o estilo de vida inadequado está relacionado a maior prevalência de HAS e menor proteção contra a doença. Portanto, o componente fundamental para prevenção e tratamento da HAS é a mudança de estilo de vida, com adoção de dieta hipocalórica, redução de peso, prática de atividade física, redução da ingestão de álcool e/ou sal, sendo a maneira mais efetiva e menos custosa, em termos de saúde pública (BASTOS-BARBOSA *et al.*, 2012).

No caso da HAS, vários motivos são apontados, como causas para a resistência a mudança de hábitos de vida, dentre eles, o curso assintomático da doença, a subestimação de suas reais consequências e a dificuldade das mudanças de padrões comportamentais construídos ao longo do tempo (ALVES, 2014).

Para o controle e adequado manejo da PA elevada e de suas consequências é imprescindível a identificação e acompanhamento das pessoas com HAS pelos serviços de saúde, pois os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos são capazes de melhorar significativamente o prognóstico da doença e a qualidade de vida das pessoas. Um dos determinantes para a busca dessas medidas terapêuticas é o próprio conhecimento da condição de hipertensos, no entanto, em muitos casos esse diagnóstico precoce não ocorre (CARVALHO *et al.*, 2013).

Apesar do risco que a HAS representa a adoção da terapia anti-hipertensiva ainda é insatisfatória e permanece como desafio aos serviços de saúde, e às políticas públicas, em especial a Atenção Primária à Saúde (APS). A maioria dos portadores de HAS não tem sua PA controlada de forma efetiva, o que pode ser explicado pela baixa adesão ao tratamento (RIBEIRO *et al.*, 2013).

A crescente importância das doenças no perfil epidemiológico da população brasileira tem induzido o poder público a propor atividades sistemáticas, com a finalidade diminuir a morbimortalidade por estes agravos (BRASIL, 2006).

A adesão ao tratamento pode ser caracterizada pelo grau de coincidência entre a prescrição médica e o comportamento do paciente (CAVALARI *et al.*, 2011). O controle inadequado da PA, fato frequentemente observado, pode estar relacionado à falta de adesão do portador de HAS ao tratamento (PIERIN; MION, 2001).

A adesão ao tratamento é definida como a correta execução da prescrição do médico, incluindo alterações em medicamentos, e/ou nos estilos de vida, sendo um fator significativo, no sucesso do tratamento (BASTOS-BARBOSA, 2012).

A percepção do indivíduo como doente implica uma série de experiências subjetivas, mudanças físicas ou emocionais e a confirmação dessas mudanças por outras pessoas (HELMAN, 2003). Nas doenças crônicas, a percepção do doente em relação ao seu estado de saúde e a relação entre sintomas e o controle da doença pelo tratamento pode facilitar ou dificultar a adesão ao esquema terapêutico (SARAIVA *et al.*, 2007). Esta pode ser uma explicação, em parte, porque há baixa adesão ao tratamento da HAS, uma vez que essa é uma doença predominantemente assintomática e não há forte relação entre o sucesso terapêutico e o desaparecimento de sintomas (CASTRO; CAR, 2000).

Muitas vezes, o que ocorre é o aparecimento de sintomas com o uso de medicamentos, que podem passar despercebidos pelos profissionais de saúde. Assim, a avaliação da percepção do usuário sobre a doença e o seu processo de adoecimento e tratamento é basilar na adesão ao tratamento (PENHA; CARVALHO, 2011).

A adesão ao tratamento é complexa e envolve vários fatores: características do usuário e da doença, costumes culturais e de vida (percepção da seriedade do problema, desconhecimento); tratamento medicamentoso (efeitos indesejáveis, esquemas complexos); dificuldades institucionais (acesso, tempo de espera e de atendimento) e relacionamento com a equipe de saúde (PIERIN, MION, 2001).

Os fatores culturais influenciam na percepção e na adesão ao tratamento, determinam quais sinais e sintomas são percebidos como “anormais” e originam um padrão de adoecimento para o doente e para aqueles que o cercam (HELMAN, 2003). Deste modo, o enfrentamento da cronicidade da HAS envolve a compreensão dos doentes, de acordo com suas percepções de saúde/doença, e do apoio que recebem dos profissionais da saúde. Seu controle abrange a participação ativa do usuário hipertenso, e coparticipação da família e do desempenho dos serviços de saúde (LESSA, 2006).

Segundo Tiaraju; Battistella; Neto (2010), a adesão ao tratamento reflete, ao menos em parte, o modo como às pessoas compreendem e assumem o cuidado com sua saúde. Nesse sentido, contem um forte componente relacional manifesto nos processos interativos entre pessoas que necessitam de cuidado e o serviço de saúde que deve presta-lo. Assim, é lícito tomar a adesão à terapêutica como parte do resultado desejável do cuidado em saúde e, por conseguinte, tomar a prevalência de não adesão como indicador de problemas na qualidade do processo de cuidado em saúde

Afirma-se que o cliente adere ao tratamento, quando desempenha eficientemente o autocuidado em relação às condutas para o controle da HAS e prevenção de complicações (SANTOS; SILVA, 2006).

Como fatores relevantes para o controle dos usuários hipertensos destaca-se a relação entre usuário/profissional, para que seja alcançado o comprometimento dos portadores de hipertensão com seu próprio cuidado; e o interesse do profissional na tentativa de desenvolver e estimular o processo de mudanças de hábitos e transformação no modo de viver do sujeito (DOURADO *et al.*, 2011).

O autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Quando o autocuidado é efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e funcional, contribuindo para o desenvolvimento humano (CESARINO *et al.*, 2004). De acordo com seu estudo Cesarino *et al.* (2004) reconhece a importância de conhecer a existência de autocuidado em pacientes hipertensos, propor atividades

educacionais; que recomenda mudanças no modelo assistencial vigente, de modo que os clientes se tornam conscientes do seu estilo de vida, de ter autocuidado.

O ato de cuidar deve ser abordado para manter a saúde, embora na contemporaneidade seja destinado a controlar a doença. É na capacidade terapêutica dos profissionais de saúde em dominar a doença que se constroem modos de cuidar impessoais, e não a individualidade das pessoas, que é o ideal; a abordagem terapêutica é priorizada e não é prioritário manter o bem-estar físico, mental e emocional do sujeito (LIMA, PIMENTA, MAGALHÃES, 2010). Neste sentido, é importante considerar que o modo de cuidar baseado apenas no controle dos níveis pressóricos com uso contínuo de medicamentos anti-hipertensivos, sem considerar o contexto e o existencial da pessoa hipertensa, não aproxima o profissional do sentido de equilíbrio que é a saúde do homem. O usuário deve ser visto como um ser complexo e único, que vive sua saúde e doença a partir do cotidiano existencial (LIMA, PIMENTA, MAGALHÃES, 2010).

As condutas são orientadas e supervisionadas pela equipe de saúde, cuja participação significativa é do enfermeiro, devido ao atendimento regular e sistemático ao cliente, pela existência de conhecimento de educação em saúde, oriundo de sua formação acadêmica e da experiência na prática de cuidar, visando à promoção e manutenção da saúde (SANTOS; SILVA, 2006).

A atitude terapêutica do cuidado procura encorajar o cliente a rever seu estilo de vida, sua percepção e maneiras de se relacionar em seu contexto social, de modo a encontrar recursos e novas maneiras de viver com satisfação. No entanto, é necessário entender que não se trata de um processo fácil e linear, pois requer desejo e motivação para mudança (TEXEIRA *et al.*, 2006).

Quando a cliente desempenha eficientemente o autocuidado, torna-se mais fácil a aderência ao tratamento farmacológico, como também, ao básico, ou seja, as medidas higienodietéticas; e obter maior satisfação com a vida, melhoria da autoimagem, da autoestima e do convívio familiar (SANTOS; SILVA, 2006). Vale ressaltar que o tratamento da HAS é basicamente uma mudança do estilo de vida, e exige do cliente uma participação responsável para o êxito, pois só assim, ele irá

usufruir de uma vida mais saudável. Logo, cabe à equipe de saúde, ajudá-lo, orientá-lo e acompanhá-lo na prática de autocuidado, de forma sistemática, usando tecnologias que favoreçam a absorção do conhecimento e o desenvolvimento da consciência crítica e reflexiva do modo de viver do mesmo como cidadão, participando da sociedade (SANTOS; SILVA, 2006).

Os tratamentos não farmacológicos são importantes no contexto terapêutico da HAS (PINHEIRO *et al.*, 2007). O estilo de vida é entendido como um modo de vida que leva ao modo de ser do sujeito, aos hábitos e expressões. A decisão da vida de um indivíduo depende de sua individualidade, as suas experiências e os processos mentais. Num determinado sentido, os chamados fatores de riscos, como tabagismo, etilismo, alimentação inadequada, sedentarismo e estresse, são formas adaptativas do sujeito diante das tensões do cotidiano (TEXEIRA *et al.*, 2006). O estilo de vida inclui a subjetividade do sujeito em seu contexto social, de modo que intervenções em saúde deve ter uma abordagem psicossomática. O objetivo do cuidado da pessoa com HAS é evitar a morte e as complicações, por meio do controle da PA, permitindo a melhoria da qualidade de vida. É essencial que o indivíduo com HAS, compreenda o processo da doença, e participe ativamente e conscientemente em mudar seu estilo de vida por meio das atividades de educação em saúde (TEXEIRA *et al.*, 2006).

Algumas modificações de estilo de vida recomendada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) são o controle de peso: A relação entre aumento de peso e da PA é quase linear, sendo observada em adultos e adolescentes. Perdas de peso e da circunferência abdominal correlacionam-se com reduções da PA e melhora de alterações metabólicas associadas. Assim, as metas antropométricas a serem alcançadas são o índice de massa corporal (IMC) menor que 25 kg/m² e a circunferência abdominal < 102 cm para os homens e < 88 para as mulheres. O sucesso do tratamento depende fundamentalmente de mudança comportamental e da adesão a um plano alimentar saudável. O padrão alimentar ideal consiste em consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. A redução da ingestão de sódio para não mais de 2 g (5 g de sal/dia) = no máximo 3 colheres de café rasas de sal = 3 g + 2 g de sal dos próprios alimentos). Limitar o consumo de 30 g/dia de etanol para os

homens e 15 g/dia para mulheres. Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 vezes/semana, para prevenção e diariamente para tratamento e associar abandono de tabagismo, para reduzir o risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Fatores de estresse psicossociais, educacionais, econômicos e emocionais envolvidos no desencadeamento e manutenção e de compensação da HAS têm a capacidade de ser uma limitação para a adesão ao tratamento medicamentoso e mudanças no estilo de vida. Assim, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) propõe para o controle do estresse psicoemocional, algumas técnicas aprovadas como meditação, musicoterapia e yoga, entre outras técnicas que foram capazes de reduzir discretamente a PA em usuários hipertensos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Na literatura científica há evidências que dariam suporte à prática do yoga como recurso complementar no tratamento e controle da HAS. O mecanismo pelo qual o *yoga* exerceria seus efeitos terapêuticos em pacientes hipertensos ainda não é totalmente conhecido. No entanto, evidências científicas sugerem que as *ásanas* (posturas), os *pranayamas* (exercícios de controle respiratório) e as técnicas de relaxamento e meditação parecem contribuir de forma independente para a redução da PA. Um mecanismo proposto para explicar os efeitos do *yoga* sobre o controle da PA é a redução dos níveis de estresse físico e mental, uma vez que o combate ao estresse constitui-se em uma estratégia de controle da HAS essencial (PINHEIRO *et al.*, 2007). As técnicas de respiração favoreceram uma redução na média da HAS, reduz o estresse e aumenta o bem-estar biopsicossocial (NETO, 2011).

Alguns estudos demonstraram melhora na função cardiovascular e redução da PA em pacientes idosos praticantes de *Tai Chi Chuan* (GOMES; MOURA; TELES, 2004).

Teixeira *et al.* (2006) em sua pesquisa propõe uma nova abordagem ao estilo de vida e recomenda a criação de novas opções, cuidados de saúde, de acordo com a realidade da população.

A equipe da saúde, com sua função educadora deve integrar as ações educativas tanto para o paciente como para sua família, afinal uma melhora na qualidade de vida é importante para toda a população e não apenas para os hipertensos (MOTA; GOBBI, 2010). A família influencia nas decisões dos pacientes e por isso os profissionais de saúde devem possuí-los como aliados para que esta seja motivadora da aderência à mudança. Afinal, o apoio e a compreensão familiar são fundamentais no tratamento e na mudança comportamental de um indivíduo (MOTA, GOBBI, 2010).

A prevenção de complicações de usuários hipertensos, deve se concentrar em fatores de risco modificáveis. É possível realizar atividades educativas e incluir pacientes hipertensos, família e comunidade (MOTA; GOBBI, 2010).

Para que os usuários hipertensos possam se auto cuidar é importante informar sobre como reconhecer os sintomas que são característicos do descontrole da HAS, as complicações que podem ocorrer em órgãos alvos, assim como os efeitos colaterais e eventuais que o tratamento medicamentoso pode causar, não se esquecendo de que essas informações passadas aos portadores de HAS sejam de forma prescrita e de forma verbal clara para que possa ser bem compreendida pelos pacientes e seus familiares (BRASIL, 2006).

Para intervir nos fatores de risco é de suma importância que a equipe saiba como se relacionar com o paciente e com sua respectiva família, afinal somente estabelecendo vínculo de confiança é que será possível a aceitação de algumas mudanças em seus hábitos diários (MOTA; GOBBI, 2010).

As reuniões da equipe que atende o hipertenso devem ser realizadas periodicamente com todos os profissionais envolvidos para a análise crítica das atividades realizadas, acertos de arestas e novas orientações quando houver necessidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Silva; Santos (2004) propõem avaliar no grupo de usuários hipertensos a forma de abordagem dos temas, esclarecendo as dúvidas e solucionando as necessidades dos clientes e a anotação das orientações transmitidas em prontuário, o que reflete

no grande número de hipertensos que já modificaram seu estilo de vida, integração entre os profissionais da equipe, vínculo profissionais-usuários, entre outras.

Destaca-se aqui, a necessidade de que todos os profissionais da unidade básica de saúde que atendem o hipertenso precisam conhecer o conteúdo e atividades desenvolvidas com estes clientes dentro do grupo educativo, a fim de resgatar as informações transmitidas durante o atendimento individual, reforçando ou completando orientações, como também de avaliar e propor melhorias no desenvolvimento da atividade de grupo (SILVA, SANTOS, 2004).

Um dos serviços que pode proporcionar acompanhamento de maneira integral e contínua ao indivíduo com hipertensão é a ESF. Sua atuação na comunidade visa aproximar-se dos usuários e contribuir com o controle da doença e a diminuição de suas complicações. (BRASIL, 2006).

Cabe ressaltar que a adesão ao tratamento medicamentoso e o incremento das medidas farmacológicas não podem se restringir às consultas médicas. As equipes de saúde da família devem atuar, de forma integrada, na abordagem da avaliação de risco, na adoção de medidas de promoção à saúde e no atendimento aos portadores de HAS. As estratégias utilizadas por essas equipes refletem diretamente na demanda dos serviços e nas condições de saúde dos usuários dos serviços e comunidade. Portanto, o planejamento e a execução de suas atividades são fundamentais para minimizar os gastos dos serviços, especialmente os de média e alta complexidade, e, principalmente, para e, para melhorar a qualidade de vida das pessoas (GIROTTO; ANDRADE; CABRERA ,2013).

A atenção programática estruturada parece desempenhar papel importante para melhorar o controle da PA (TIARAJU; BATTISTELLA; NETO, 2010). A atenção primária ao hipertenso, quando centrada na família, percebida a partir de seu ambiente físico e social possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Dessa forma, a atuação é integrada, com níveis de competência bem estabelecidos na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, com medidas preventivas primárias e atendimento à HAS (BRASIL, 2002).

Resultados desejáveis estão articulados a várias dimensões do cuidado, como o acesso aos medicamentos, à possibilidade de diálogo entre profissionais de saúde e pacientes e a maneira que estes aderem à terapêutica proposta. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) preconiza que a atenção básica conduza atividades de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado da HAS. Recomenda que a equipe de saúde contemple os saberes de todos os profissionais envolvidos (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e o ACS), bem como conduza rotinas e procedimentos que ordenem as ações de saúde da equipe, em particular dos serviços organizados segundo a ESF (TIARAJU; BATTISTELLA; NETO, 2010).

Em seu estudo Mano; Pierin (2005) apontaram para a necessidade de melhor integração multidisciplinar, melhoria na organização das funções e atividades dos profissionais da ESF, e atividades com os usuários hipertensos, para promover melhor adesão ao tratamento, não medicamentoso e medicamentoso, melhorando o controle da HAS, prevenindo complicações que comprometem a saúde dos portadores de HAS.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A participação no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família contribuiu e ajudou a melhorar a qualidade dada a todos os usuários de HAS, principalmente através de uma nova visão de reorganização do processo de trabalho. Ao elaborar o plano de ação, a equipe percebeu a importância de se fazer um diagnóstico situacional para conhecer os problemas da área de abrangência e identificar quais são passíveis de resolução, e qual a prioridade de cada problema no cotidiano. A utilização do Planejamento Estratégico Situacional para elaboração da proposta de intervenção permitiu a equipe formular propostas baseadas em evidências e com grande possibilidade de ser resolutivas (COSTA, 2014).

Assim foi elaborado o plano de ação estruturado em nove passos: definição do problema, priorização do problema, descrição e explicação do problema selecionado, a seleção dos nós críticos, o desenho as operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade de los planos, e por último a elaboração do plano operativo.

Primeiro passo: diagnóstico situacional da área de abrangência da UBS Nossa Senhora da Saúde.

Elaborando uma primeira aproximação ao diagnóstico situacional da área de abrangência discutiu-se o diagnóstico com a equipe, acatando sugestões em relação às listas de problemas levantados. Os problemas identificados foram discutidos pela equipe e neste processo foi estabelecida uma ordem de prioridade para os problemas. Em nossa área de abrangência os seguintes problemas foram identificados:

a) Alto índice de prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis como HAS, com hábitos e estilos de vida inadequados, e alta associação de usuários com HAS com baixa adesão a medicamentos, pouco conhecimentos da doença.

- b) Alta prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis como DM.
- c) Dislipidemias.
- d) Consumo de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos desnecessários.
- e) Alta incidência de episódios depressivos.

Elaborando uma primeira aproximação ao diagnóstico situacional da área de abrangência com a equipe, se estabeleceu uma ordem de prioridade para os problemas. As prioridades foram estabelecidas e foi escolhido um dos problemas prioritários elaborando um texto onde se registrou a descrição, a explicação e a identificação dos "nós críticos" do problema escolhido.

Segundo passo: priorização dos problemas:

Atribuindo valores de baixo, médio e alto, em relação aos tres critérios fundamentais (importância do problema, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe), conforme proposto por Campos; Faria e Santos (2010), foi feita a priorização dos problemas identificados, tendo como problema prioritário neste momento a elevada prevalência de usuários portadores de HAS descontrolados, na área de abrangência (Quadro 2).

Na ESF Nossa Senhora da Saúde, tem uma alta prevalência de pessoas com HAS, a maioria deles sem adesão adequada ao tratamento, com cifras tensionais elevadas; com hábitos de vida inadequados, como ingestão excessiva de sal, de café, ou de bebidas alcoólicas, hábitos de fumar, obesidade, sedentarismo; não têm conhecimento sobre os fatores de risco. Por isso, é um importante indicador de gravidade para a população, esta doença pode ser causa de graves complicações cardiovasculares e renovascular.

Quadro 2 - Principais problemas encontrados e priorizados, no Diagnóstico Situacional, da área de abrangência do ESF Nossa Senhora da Saúde, Bom Repouso/MG.

Problemas	Importância	Urgência (0–10 pontos)	Capacidades de enfrentamento	Seleção
Alta associação de usuários com HAS com estilos de vida inadequados, baixa adesão a medicamentos, pouco conhecimentos de a doença.	Alta	10	Parcial	1
Alta prevalência de Diabetes Mellitus	Alta	9	Parcial	2
Hiperlipidêmias.	Alta	8	Parcial	3
Uso indiscriminado de ansiolíticos e anti-depressivos	Alta	8	Parcial	4
Elevada incidência de episódios depressivos	Alta	8	Parcial	5

Fonte: Autoria própria (2015).

Terceiro passo: descrição do problema.

O tema que escolhemos para ser abordado na intervenção é a alta associação de usuários com HAS com estilos de vida inadequados, baixa adesão a medicamentos, pouco conhecimentos da doença. Estes dados foram obtidos em entrevistas realizadas em consulta médica e os dados preenchidos nos prontuários médicos.

Quarto passo: explicação do problema.

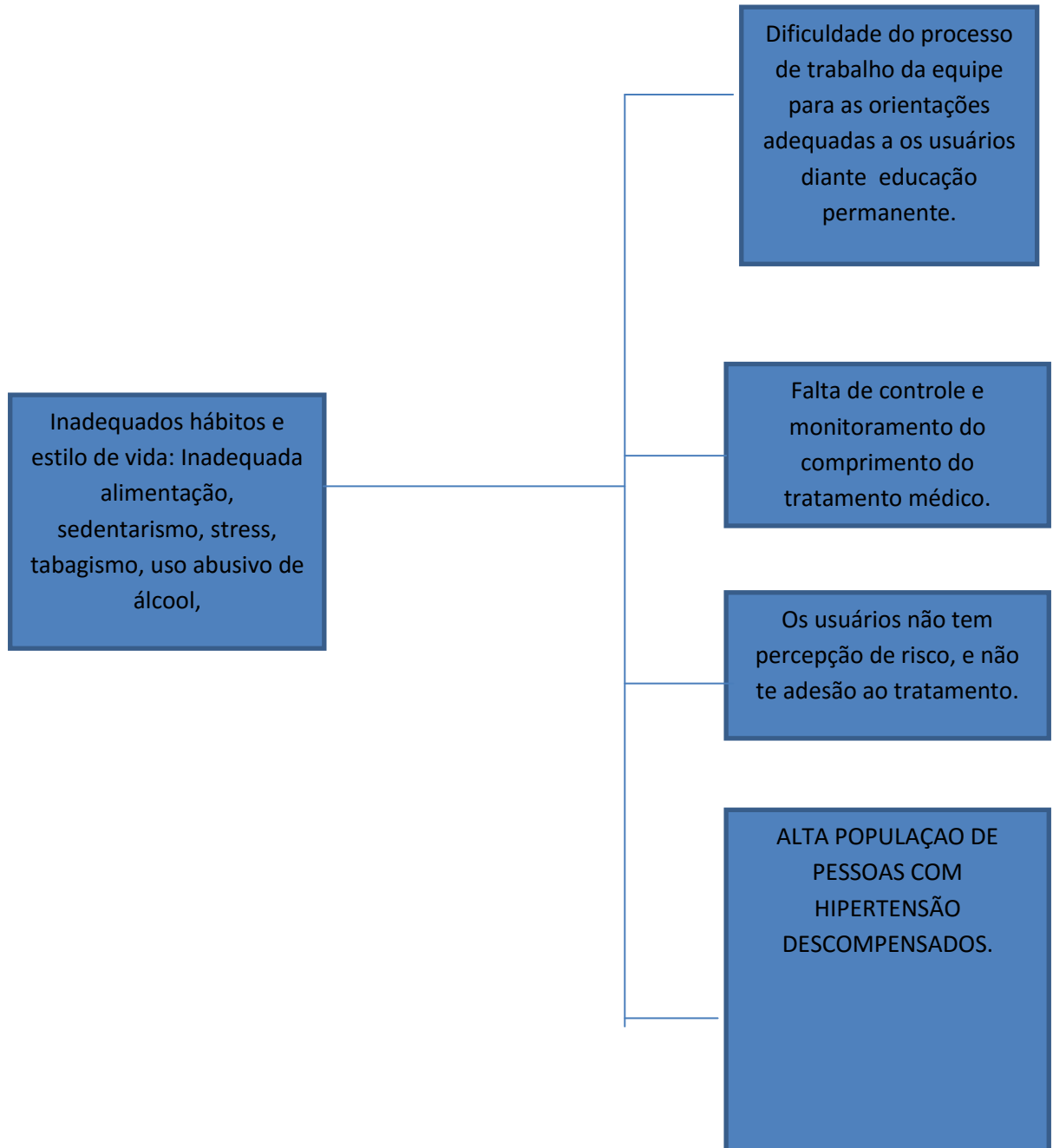
Quem está em risco para desenvolver esta condição? Pessoas com história familiar de HAS podem apresentar maior risco para a doença. Níveis elevados de pressão arterial são facilitados pela elevada ingestão de sal, baixa ingestão de potássio, alta ingestão calórica e excessivo consumo de álcool. Os dois últimos fatores de risco são os que mais contribuem para o desenvolvimento de peso excessivo ou obesidade, que estão diretamente relacionados à elevação da PA. O estresse psicológico e o sedentarismo também têm participação como fatores de risco. Existem evidências de que sua modificação pode ser benéfica no tratamento da HAS.

O aumento do risco cardiovascular ocorre também pela agregação de outros fatores, tais como tabagismo e dislipidemias – alterações nos níveis de colesterol e triglicérides, intolerância à glicose e DM.

A alta prevalência de pessoas com HAS é influenciada por inadequados hábitos e estilos de vida: inadequada alimentação, uso abusivo de sal, sedentarismo, stress, não prática de atividades de lazer, tabagismo, uso abusivo de álcool, baixo nível de informação, não conhecimento da doença por parte dos usuários, falta de orientações a respeito da doença e terapia medicamentosa, não adesão ao tratamento, não têm percepção do risco e número insuficiente de reuniões com o grupo operativo de pessoas com HAS.

As consequências da alta incidência de HAS são: aumento das complicações da HAS (Acidente Cerebrovascular e Infarto do Miocárdio), elevado número de usuários com HAS, risco cardiovascular aumentado, aumento de internações, invalidez e óbitos, aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário, conforme ilustrado na Figura 1.

Figura 1 - Árvore explicativo do problema:



Fonte: Autoria própria (2015).

Quinto passo: identificação dos nós críticos.

No quinto passo foi necessário fazer uma análise para identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. Para realizar essa análise utilizamos o conceito de “nó crítico” proposto pelo PES.

O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu possa intervir, ou seja, o que está sobre meu espaço de governabilidade. Ou, então o seu enfrentamento tem a possibilidade de ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010 p. 72).

Foram identificados os seguintes nós críticos pela equipe:

- Hábitos e estilos de vida da população inadequados (sedentarismo, alimentação rica em lipídios, stress).
- Dificuldade do processo de trabalho e dificuldade em qualidade no atendimento da equipe para as orientações adequadas dos usuários através da educação continuada e falta de controle e monitoramento do cumprimento de tratamento médico.
- Falta de conhecimento sobre a doença por parte de usuários e familiares.

Alguns usuários não têm adesão ao tratamento e não têm percepção de risco.

Sexto passo: desenho das operações.

No sexto passo, a partir de definição de nós críticos a equipe desenhou as operações/projetos necessários à solução do problema, assim como os produtos e resultados esperados dessas operações.

Os recursos necessários para execução da operação também foram levantados. Nesse sexto passo é o momento de criar soluções e estratégias para o

enfrentamento da intervenção. O quadro 3 apresentado a seguir especifica essas considerações.

Quadro 3 - Desenho de operações para os “nós críticos”, da proposta de intervenção em Hipertensão Arterial na ESF Nossa Senhora da Saúde, Bom Repouso/MG, 2015.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários.
Processo de trabalho da Equipe.	Linha de Cuidado Integral Reorganizar e melhorar o processo de saúde da equipe. Implantar a linha de cuidado para as pessoas com HAS.	Cobertura de 90% de pessoas com HAS. Ter metas mais claras de trabalho. Atingir objetivos traçados	Linha de cuidado para pessoas com HAS implantadas Reuniões semanais. Educação continuada semanal.	Financeiro: Aquisição de recursos Político: Apoio para as nossas ideias. Organizacional: Estrutura física adequada. Adequação de fluxos (referência e contrarreferência)
Hábitos e estilos de vida.	Melhor bem-estar Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir 20% dos sedentários, tabagistas e obesos. Modificar favoravelmente os fatores emocionais.	Orientação por meio do HIPERDIA, rádio e escolas.	Organizacional: Local para desenvolvimento das campanhas profissionais. Cognitivo: Informação. Político: Ajuda política para conseguir espaço em rádio, mobilização social. Financeiro: Para ajudar na compra de materiais. intersetorial. Financeiro para recursos audiovisuais.
Nível de informação.	Aprender Saúde. Transmissão das informações básicas sobre a HAS e os riscos cardiovasculares e cérebro vasculares e possíveis	Aumentar informação sobre a doença, seus possíveis riscos e sequelas. Quebrar mitos e crenças e implementar conceitos básicos de saúde.	Campanhas educacionais no interior da ESF, no centro de cidade, e em escolas.	Financeiro: Recursos financeiros para a confecção dos materiais. Cognitivo: Para elaboração e gestão das campanhas. Conhecimento

	sequelas.			sobre estratégias de comunicação. Organizacional: organizada agenda. E recrutamento de pessoal. Político: Articulação Intersetorial.
Abordagem da Equipe de Saúde.	Cuidar com qualidade. Melhorar a abordagem aos usuários.	Melhor qualidade no atendimento. Maior entendimento e adesão a tratamento	Reuniões semanais. Discussões de grupo. Palestras ministradas por profissionais da saúde.	Financeiro: Recurso financeiro para tais cursos. Organizacional: Local para desenvolvimento das ações programáticas.

Fonte: Autoria própria (2015).

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos.

O objetivo do sétimo passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação, de acordo com o apresentado no quadro 4. A identificação dos recursos críticos é fundamental para avaliar a viabilidade do plano de ação, pois são indispensáveis para a implementação da intervenção. Entretanto, nem sempre estão disponíveis, sendo para isso, devem-se criar estratégias para isso.

Quadro 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” da proposta de intervenção em HAS na ESF Nossa Senhora da Saúde, Bom Repouso/MG, 2015.

Operação	Projeto
Melhor Bem-estar	Financeiro: para aquisição folhetos educativos, de mídias audiovisuais. Político: Conseguir espaço na rádio e local.
Aprender Saúde.	Político: Articulação intersetorial. Financeiro: Recursos financeiros para a confecção dos materiais.
Linha de cuidado integral	Financeiro: Aquisição de recursos Político: Apoio para as nossas ideias. Organizacional: Estrutura física adequada.
Melhor qualidade	Financeiro: Recurso financeiro para tais cursos. Político: Apoio político para realizá-la as propostas

Fonte: Autoria própria (2015).

Oitavo passo: análise da viabilidade e plano operativo.

No oitavo passo, momento estratégico foi realizado a análise de viabilidade do plano. A ideia central que rege este passo-análise de viabilidade é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Portanto, é necessário identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento, em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano e motivar o ator que controla os recursos críticos. No quadro 5 estão identificados os atores que controlam os recursos críticos, e a motivação dos mesmos, em relação aos objetivos pretendidos pela intervenção.

Quadro 5 - Propostas de ações para a motivação dos atores da proposta de intervenção em HAS na ESF Nossa Senhora da Saúde, Bom Repouso/MG, 2015.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos.		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Melhor bem-estar. Modificar hábitos e estilos de vida.	Organizacional: Local para o desenvolvimento das campanhas profissionais. Político: conseguir espaço na rádio local. Financeiro: para aquisição de mídias audiovisuais, folhetos educativos, etc.	Prefeito Secretaria de Saúde. Prefeito e Secretário de Saúde.	Indiferente Favorável. Indiferente	Elaborar e demonstrar Projeto. Elaborar e demonstrar Projeto.
Aprender Saúde. Transmissão de informações básicas sobre doenças, mas prevalentes.	Político: Articulação com a Secretaria de Educação. Financeiro: Recursos financeiros para a confecção dos materiais.	Prefeito e Secretário de Saúde.	Indiferente	Elaborar e demonstrar Projeto.
Linha de cuidado integral. Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a	Financeiro: Aquisição de recursos para lanches, após reuniões e materiais. Político: Apoio para	Prefeito e Secretário de Saúde. Prefeito.	Indiferente.	Elaborar e demonstrar Projeto.

efetividade do cuidado.	as nossas ideias. Organizacional: Estrutura física adequada.	Prefeito e Secretário de Saúde.		
Melhor qualidade	Recursos financeiros para tales cursos. Político: Apoio político para a realizar as propostas.	Prefeito e Secretário de Saúde. Prefeito e Secretário de Saúde.	Indiferente. Prefeito e Secretaria de Saúde.	Elaborar e demonstrar Projeto. Prefeito e Secretaria de Saúde.

Fonte: Autoria própria (2015).

Nono passo: elaboração do plano operativo

No nono passo, ainda momento estratégico, foi elaborado o plano operativo. A principal finalidade deste passo é a designação dos responsáveis pelo projeto e operações estratégicas além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. Seu principal papel é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas, prestando contas do andamento dos projetos nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano. No quadro 6 foram designados os responsáveis por cada operação, e definidos os prazos para a execução das operações.

Quadro 6 - Plano operativo

Operações	Resultados	Pro Endemias e Epidemias	Ações	Responsável	Prazo
Melhor Bem-estar. Modificar hábitos de vida.	Reduzir em 30% o número de sedentários, obesos, tabagistas e manifestações de stress.	Orientação por meio de HIPERDIA, a rádio, escolas.	Elaborar e demonstrar projeto.	Medica e Psicóloga	.8 a 12 meses.
Aprender Saúde Transmissão de informações básicas sobre a doença, os fatores de	Aumentar informação sobre a doença. Quebrar mitos e implementar conceitos em saúde.	Campanhas educacionais em local Educação Básica Secundária EBS no centro de cidade, e em	Elaborar e demonstrar projeto.	Técnica de Enfermagem.	6 a 12 meses.

risco e danos e sequelas.		escolas.			
Linha de cuidado integral	Cobertura de 85% de pessoas com HAS.	Linha de cuidado integral para pessoas com HAS Reuniões semanais. Educação continuada semanais.	Elaborar e demonstrar projeto.	Enfermeira.	6 a 12 meses.
Melhor qualidade	Melhor qualidade do atendimento. Maior entendimento e adesão a tratamento.	Reuniões semanais. Discussões em grupos. Palestras ministradas por profissionais da saúde.	Elaborar e demonstrar projeto.	Medica e Enfermeira.	De 6 a 12 meses.

Fonte: Autoria própria (2015).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscamos através deste trabalho, conhecer a realidade dos usuários com HAS e auxiliá-los na condução de seu tratamento e mudanças de estilo de vida e educação sobre a doença. Para tanto, foi necessário, inicialmente, conhecer um pouco sobre a história do município de Bom Repouso. Posteriormente, em vasta pesquisa acerca da HAS, priorizando seus principais conceitos, riscos e tratamentos. Para finalizar o trabalho foi realizado o Plano de Ação, na qual buscamos intervir diretamente nesse problema e solucioná-lo da melhor forma possível.

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam muito trabalho da equipe de saúde. É uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada e menos improvisada. Além disso, é muito importante o processo de monitoramento e avaliação periódica de como está o controle dos usuários com HAS, através de análise da agenda para conhecer a identificação, o cadastramento e a estratificação dos riscos desses usuários.

Portanto, os profissionais da saúde da família são de grande importância para melhorar o estilo de vida dos usuários com HAS, para aumentar sua adesão ao tratamento medicamentoso e elevar os conhecimentos sobre a HAS. Podemos concluir que o contato com os usuários e o vínculo criado, propicia grandes experiências e avanços para os profissionais da saúde, o que evolui ainda mais com o planejamento de atividades que ajudem a diminuir sistematicamente os males causados pela doença.

Espera-se que esta proposta contribua para que estas estratégias de intervenção que foram elaboradas sejam bem sucedidas e melhore o atendimento dos usuários com HAS, incentivando a melhoria dos seus hábitos e estilos de vida adequados, melhorando a adesão ao seu tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Que eles possam adquirir conhecimento sobre a doença, e seu autocuidado,

elevando seu nível de consciência, e sua auto responsabilidade, para que assim possam gozar de bem-estar físico, e emocional.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. L. P. **Plano de ação para o controle da pressão arterial e mudança no estilo de vida dos hipertensos do programa de saúde da família Paulo Gonçalves Lage, São Antônio do Amparo**. Trabalho de Conclusão do curso de especialização estratégia saúde da família: NESCON/UFMG MG, p. 21, 2014.

BASTOS-BARBOSA, R. G.; FERRIOLI, E. ; MORIGUTI, J. C.; NOGUEIRA, C. B.; NOBRE, F.; UETA J. ; LIMA, N. K. C. Adesão ao Tratamento o Controle da Pressão Arterial em idosos com Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 1, n. 99, p. 636-641, 2012.

BOM REPOUSO. **Plano municipal de saúde**. 2014 – 2017. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Bom Repouso, MG, 2014.

BRASIL. **Protocolo Clínica de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Dislipidemias**. Londrina 2006. Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/prot_adulto.pdf>. Acesso em: 10 janeiroos 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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

CARVALHO, M. V.; SIQUEIRA, L. B.; SOUSA, A. L. L.; JARDIM, P.C.B.A. Influência da Hipertensão Arterial na qualidade de vida. **Arq Bras Cardiol**. v. 2, n. 100, p. 164-174, 2013.

CASTRO V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev Esc. Enf. USP**, v. 2, n.34, p. 145-53, 2000.

CAVALARI, E.; NOGUEIRA, M.S.; FAVA, S. M. C. L.; CESARINO, C. B.; MARTIN, J. F. V. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.1, n. 20, p. 267-72, 2012.

COSTA, P. A. **Acompanhamento de pacientes portadores de Hipertensão Arterial do PSF Alto do Cruzeiro: Plano de ação**. Trabalho de Conclusão do curso de especialização estratégia saúde da família: NESCON/UFMG, p.36, 2014.

CESARINO, C. B.; OLIVEIRA, A. S. A.G.; GARCIA, K. A. B.; SHOJI, S. O autocuidado de clientes portadores de hipertensão arterial em um hospital universitário. **Arq Ciênc Saúde**, v.3, n. 11, p. 146-8, 2004.

DOURADO, C. S.; COSTA, K, N. F, M.; OLIVEIRA, J. S.; LEADEBAL, O. D. C. P.; SILVA JUNIOR, G. R. F. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, estado de Paraíba. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 1, n. 33, p. 9-17, 2011.

GOMES, L.; MOURA, P. M.; TELES, A. L.,O. Benefícios do Tai chi chuan em idosos. Revista digital, Buenos Aires, v.10, n.78, novembro 2004. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>. Acesso: 10 abril 2016.

GIROTTI, E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1769-1771, 2013.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Produto Interno Bruto dos Municípios**. 2004-2008. 2008.

LESSA, I. Impacto social da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, n.1, p. 39-46, 2006. Disponível: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3749.pdf>. Acesso: 10 outubro 2015.

LIMA, A. J. ; PIMENTA, A. P. E.; MAGALHÃES, M. T. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**. v.3, n.14, p. 560-566, 2010.

MANO, G. M. P.; PIERIN, A. M. G. Avaliação de pacientes hipertensos pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 18, n.3, p. 269-275, 2005.

MINAS GERAIS. **Linha Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica**, Secretaria de Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013.

MOTA, P. A G; GOBBI, D. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.1, n. 34, p.97-102, 2010.

NETO, A. R. N. Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa**, v.3, n. 56, p.158-68, 2011.

PENHA, C. F.; CARVALHO. S. I. M. Percepção dos indivíduos com hipertensão arterial sobre sua doença e adesão ao tratamento medicamentoso na estratégia de saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 2, n. 35, p.397-411, 2011.

PEREIRA, A. F. *et al.* **Protocolo de Hipertensão Arterial/ Risco Cardiovascular**; Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/atadulto/protocolo_hipertensao_web.pdf> Acesso em: 10 Outubro 2015.

PIERIN A. M. G., MION, J.D. **Adesão aos tratamentos-conceito**. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo, p. 21-34, 2001.

PINHEIRO, C. H. J.; MEDEIROS, R. A. R.; PINHEIRO, D. G. M.; MARINHO, M. J. F. Uso do yoga como recurso não farmacológico no tratamento da hipertensão arterial essencial. **Rev Bras Hipertens** v. 4, n.14, p. 226-232, 2007.

RIBEIRO, I. J. S.; BOERY, R. N. O.; CASSOTTI, C. A.; FREIRE, I. V.; BOERY, E. N. Perfil de saúde cardiovascular de caminhoneiros do interior de Bahia. **Rev. Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 2, n. 4, p. 267-78, 2013.

SANTOS, C. M. S. A.; SILVA, R. M. M. Prática do autocuidado vivenciada pela mulher hipertensa: uma análise no âmbito da educação em saúde. **Rev Bras Enferm**, v.2, n. 59, p. 206-11, 2006.

SARAIVA, K. R. O. ; SANTOS, Z. M. S. A., LANDIM, F. L. P.; LIMA, H.; SENA, V. L. O processo de viver do familiar, cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto & contexto enferm**, v.1, n. 16, p. 63-70, 2007.

SILVA, S. P.; SANTOS, M. R. Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde. **Arq Ciênc Saúde**, v.3, n. 11, p. 169-73, jul.-set 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo, 2010. Disponível em: Http://bvsmms.saude.gov.br/bvc/publicações/vi_diretrizes_brasileiras_hipertensão_arterial_2010.pdf>. Acesso: 16 maio 2015.

TEIXEIRA, E. R.; DA COSTA, J. S.; RODRIGUES, A. L.; MENEGUSSI, R. M. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Esc Anna Nery R Enferm**, v.3, n.10, p. 378 – 84, 2006.

TIARAJU, S. H. E.; BATTISTELLA, N. M. I.; NETO, J. E. Avaliação da Assistência a Pessoas com Hipertensão Arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc.**, v.3, n.19, p.614-626. 2010.