

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

OLESKIS MARTINEZ ZABALA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO DOS FATORES DE RISCO
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL, DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA
PIRINEUS, LEOPOLDINA/MG.**

UBÁ- MG

2016

OLESKIS MARTINEZ ZABALA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO DOS FATORES DE RISCO
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL, DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA
PIRINEUS, LEOPOLDINA/MG.**

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

Orientador: Prof. Ayla Norma Ferreira Matos.

UBÁ - MG

2016

OLESKIS MARTINEZ ZABALA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO DOS FATORES DE RISCO
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL, DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA
PIRINEUS, LEOPOLDINA/MG.**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Ayla Norma Ferreira Matos

Examinador 2: Prof. Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte/MG, de de 2016.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica, não transmissível, de difícil controle, causada por múltiplos fatores e com uma alta taxa de morbimortalidade. Caracterizada por níveis elevados da pressão arterial, freqüentemente está ligada ao aparecimento de doenças do coração, a exemplo do infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca. Este estudo tem como objetivo elaborar um plano de intervenção com vistas a prevenção dos fatores de risco da hipertensão arterial, aumentando os cuidados e controle da doença e, também para prevenir futuras complicações. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica no período de março a agosto 2015, com publicações dos últimos 15 anos de 2000 a 2015, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em consulta nas bases de dados da Literatura Internacional em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e do Programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Após a revisão, foi elaborado o projeto de intervenção, utilizando o método de Planejamento Estratégico Situacional Simplificado (PES), conforme o módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CEESF). O controle da hipertensão arterial demanda diferentes ações educativas a nível individual e coletivo. A presente proposta de intervenção pode contribuir com uma participação ativa dos usuários e seus familiares nas mudanças no estilo de vida, no cumprimento correto do tratamento e no desenvolvimento do autocuidado. Com isso, o plano é viável e necessário.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Adesão ao tratamento. Prevenção de doenças.

ABSTRACT

Hypertension is a chronic, non-transferable, difficult to control, caused by multiple factors and with a high rate of morbidity and mortality. Characterized by high levels of blood pressure, often is linked to heart disease, myocardial infarction and heart failure. This study aims to develop an intervention plan with a view to preventing the risk factors of hypertension by increasing the care and control of the disease and also to prevent future complications. A literature search was carried out in the period March to August 2015, with publications of the last 15 years from 2000 to 2015, through the Virtual Health Library (VHL) in queries in databases of International Literature in Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and NOW the core of Education in public health. After the revision, the intervention project, using the Situational strategic planning Simplified method (PES), as the planning and evaluation of health Actions of the specialization course in the family health strategy (CEESF). O control of hypertension demand different educational activities the individual and collective level. This proposal of intervention can contribute with an active participation of the users and their families in the changes in lifestyle, in compliance with correct treatment and in the development of self-care. With that, the plan is feasible and necessary.

Keywords: Hypertension. Treatment adherence. Prevention of diseases.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS - Atenção Primária à Saúde

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde

CAPS – Centro de Ajuda Psicossocial

CEESF - Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família

DCNTO - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH-M - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal IDH

LILACS - Literatura Internacional em Ciências da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NESCON - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSE - Programa Saúde na Escola

PSF - Programa Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	10
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo Geral	12
3.2 Objetivos Específicos	12
4 METODOLOGIA	13
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
5.1 Estratégia Saúde da Família	14
5.2 Hipertensão arterial sistêmica	17
5.3 Ações para enfrentamento da HAS na Atenção Primária.....	19
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	21
6.1 Caracterização do território.....	21
6.2 Desenvolvimento do plano de intervenção.....	28
6.2.1 Definição dos problemas.....	28
6.2.2 Priorização de problemas.....	30
6.2.3 Descrição do Problema	31
6.2.4 Explicação do problema.....	32
6.2.5 “Nós críticos” selecionados.....	34
6.2.6 Desenho das Operações dos “nós críticos.....	34
6.2.7 Identificação dos recursos críticos.....	36
6.2.8 Análise de viabilidade	37
6.2.9 Elaboração do plano operativo.....	38
6.2.10 Gestão do plano.....	40
6.2.11 Monitoramento e avaliação.....	41
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	45

1 INTRODUÇÃO

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram apresentadas proposições que definiram a saúde como direito de todos e dever do Estado, a universalidade e igualdade do acesso à saúde, a procura da superação da dicotomia entre prevenção e cura, a visão da integralidade na assistência ao indivíduo, a descentralização do sistema de saúde, a participação complementar dos grupos privados na saúde, a evidência nas áreas de saúde do trabalhador, a vigilância epidemiológica e sanitária, o estímulo à participação comunitária efetiva e o financiamento do sistema de saúde brasileiro de forma tripartite entre união, estados e municípios (ARAÚJO *et. al.*, 2007).

Buscando posição contrária ao modelo hegemônico de saúde no Brasil, voltado para os hospitais, preocupado apenas com a medicina curativa, dirigiu-se à elaboração de várias propostas, dentre as quais é possível enfatizar as ações programáticas de saúde, o acolhimento, a vigilância em saúde, a proposta de criação de cidades saudáveis e a promoção da saúde, como estratégias de intervenção que podem auxiliar na concretização dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BECK; MINUZZI, 2008).

Destaca-se, nesse sentido, o Programa Saúde da Família (PSF), devidamente implantado em Leopoldina no ano de 2006. Leopoldina localiza-se na mesorregião da Zona da Mata e microrregião de Cataguases e ocupa uma área de 942 km², o que o torna o mais extenso de sua microrregião, representando 0,161% do estado de Minas Gerais, 0,102% da Região Sudeste e 0,011% de todo o território brasileiro. População do município foi contada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 51 136 habitantes, com uma densidade populacional de 54,27 habitantes por km². Segundo o censo de 2010, 47,99% da população eram homens (24545 habitantes), 52,01% mulheres (26 591 habitantes), 89,39% (45712 habitantes) viviam na zona urbana e 10,61% (5424 habitantes) na zona rural.

O município de Leopoldina está localizado na mesorregião da Zona da Mata ocupando uma área de 942 km². A população do município foi contada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 51 136 habitantes, com uma densidade populacional de 54,27 habitantes por km². Segundo o censo de 2010, 24.545 da população eram homens, 26.591 eram mulheres, 45.712 habitantes vivem na zona urbana e 5.424 habitantes na zona rural.

O sistema de saúde encontra-se estruturado com quatorze equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), conformadas por equipes mínimas, com os recursos materiais indispensável pra o atendimento da população --- Equipes de Saúde Bucal (ESB) em todas as unidades de saúde logrando se um maior atendimento e educação pra saúde bucal de todas a faixas etária , onde estão inseridos três equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), onde atuam os profissionais psicólogos ,nutricionistas ,assistente social,fisioterapeuta, preparador físico, realizando se atividades educativas em todos os bairros do município , levando como estratégia a prevenção da saúde e a vida saudável . Além disso, conta também com um Centro de Ajuda Psicossocial (CAPS) tipo III com atendimento direcionado pra melhor acompanhamento dos pacientes com alterações psicológica e seus familiares . São desenvolvidas ações visando levar à população informações para a promoção da saúde e prevenção.

A unidade de saúde Pirineus está localizada no bairro Maria Guimarães França e, envolve também os bairros Vila Esteves e Pirineus. Esta unidade atente uma população aproximada de 3450 pessoas com o seguinte perfil: 2505 possuem 15 anos ou mais; 1070 são mulheres em idade fértil (de 10 a 59 anos); 14 gestantes; 37 crianças menores de dois anos; 592 hipertensos e 163 diabéticos. O grande número de atendimentos diários faz com que nossa equipe de saúde tenham muito trabalho, e com a maior demanda das consultas, sendo priorizados os problemas referente aos casos que envolvem doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica, diabetes, entre outras.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados pressão arterial. Associam-se, frequentemente, as alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e as alterações

metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Esse agravo crônico não transmissível, de difícil controle, é a principal causa de morbimortalidade, assumindo um papel importante no contexto da transição epidemiológica, tendo papel de destaque economicamente, socialmente, na qualidade e na expectativa de vida da população (ARAUJO; GARCIA, 2006).

Segundo Andrade "durante o primeiro ano de tratamento, entre 16% e 50% dos novos hipertensos descontinuam a medicação anti-hipertensiva; e, daqueles que a utiliza, um número substancial o faz de modo inadequado" (ANDRADE *et. al.*, 2002, p. 375).

O tratamento da HAS consiste em medidas não farmacológicas e farmacológicas, estas com inúmeros medicamentos anti-hipertensivos disponíveis. Entretanto, uma das principais dificuldades no tratamento da HAS é à adesão dos usuários a terapêutica estabelecida e o desconhecimento da doença é o maior problema a ser enfrentado. Sendo de extrema importância que as pessoas recebam o benefício do método educativo para obter mais informação sobre a HAS (L'ABBATE, 1994). Pois, mediante a maior conscientização da população sobre os riscos de agravos, será alcançado melhores resultados no controle da doença.

2 JUSTIFICATIVA

Gusmão; Júnior (2006) afirma que:

...Vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento e podem estar relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); ao tratamento dentro do qual engloba-se a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento); e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde... (GUSMÃO; JÚNIOR, 2006, p. 27).

Neste contexto, a educação em saúde é uma estratégia importantíssima para auxiliar na adesão ao tratamento dos pacientes da Estratégia Saúde da Família (ESF) Pirineus. Pois, pode contribuir para uma maior conscientização do risco de agravos, aumentar o nível de conhecimento e comprometimento da equipe de saúde na atenção e controle da Hipertensão Arterial e suas complicações, para diminuir os custos médicos e socioeconômicos (pois é uma doença que tem uma alta taxa de internações hospitalares e

procedimentos técnicos de alta complexidade) relacionados ao inadequado controle desses pacientes; manter um adequado acompanhamento dos usuários portadores de hipertensão arterial e, diminuir o índice de absenteísmo no trabalho e aposentadorias. Além disso, pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes hipertensos adscritos na ESF Pirineus.

A educação em saúde se configura, segundo L'abbate em:

... um campo de práticas que se dá no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde entre si, com a instituição e, sobretudo com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades. Assim a partir da reflexão sobre uma situação existente (Situação-Problema) busca-se superá-la ou transformá-la em uma situação diferente ou desejada... (L'ABBATE, 1994, p. 482).

Assim, torna-se necessário realizar um projeto de intervenção na ESF Pirineus, do município de Leopoldina- MG, visando buscar mudança no processo de trabalho da equipe, onde a principal estratégia será a educação em saúde, e com isso procurar minimizar as complicações da doença, que foram responsáveis por 89 óbitos no ano de 2015, segundo registro interno da ESF.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção com vistas à prevenção dos fatores de risco da Hipertensão Arterial, da equipe Saúde da Família Pirineus, Leopoldina/MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Discutir a importância da educação em saúde para bons resultados no tratamento e prevenção da HAS.
- Identificar as dificuldades de adesão das pessoas ao tratamento da HAS.
- Ressaltar as mudanças mais significativas alcançadas com medidas preventivas.
- Identificar na literatura ações que estão sendo realizadas para aumentar a adesão ao tratamento da HAS.

4 METODOLOGIA

Para a realização do projeto de intervenção, inicialmente foi realizada uma pesquisa bibliográfica no período de março a agosto 2015, de publicações dos últimos 15 anos de 2000 a 2015, obtidas através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), da Literatura Internacional em Ciências da Saúde (LILACS), do *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e do Programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Para a seleção dos artigos foram utilizadas como palavras-chaves: Hipertensão Arterial. Adesão ao tratamento. Prevenção de doenças.

Na sequência foi elaborado o projeto de intervenção, utilizando o método de Planejamento Estratégico Situacional simplificado (PES), dos autores. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), que consta de 10 passos:

- Primeiro passo: Identificação dos principais problemas.
- Segundo passo: Priorização dos problemas.
- Terceiro passo: Descrição do problema selecionado.
- Quarto passo: Explicação do problema.
- Quinto passo: Seleção dos “nós críticos”.
- Sexto passo: Desenho das operações para enfrentar os nós críticos.
- Sétimo passo: identificação dos recursos críticos.
- Oitavo passo: análise de viabilidade do plano.

- Nono passo: Elaboração do plano operativo.
- Décimo passo: Gestão do plano.
- Monitoramento e avaliação.

Com o objetivo de coletar e processar as informações num menor tempo e custo possível optou-se pela estimativa rápida, onde foram examinados os registros da Unidade e da Secretaria Municipal de Saúde. Também, foi realizada uma pesquisa nas fichas das famílias cadastradas na Unidade, a fim de obter maior quantidade de dados possível e informações de interesse. Para identificar os principais problemas que mais afetam a comunidade e, escolher o problema de maior impacto, várias reuniões aconteceram com este objetivo.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 A Estratégia Saúde da Família

A partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, a Atenção Primária à Saúde (APS) se revestiu de grande relevância, até mesmo por se tratar de uma estratégia de desenvolvimento dos sistemas de saúde, sendo implementadas várias propostas, como a medicina comunitária, em resposta aos altos custos do modelo de atenção médica e ao desajustamento da cobertura populacional desse modelo (MARCONDES, 2002).

A Organização Mundial da Saúde passou, então, a disseminar a precisão de reforma do modelo de prestação de serviços das nações, procurando enfatizar a integração dos serviços locais num sistema nacional, a participação comunitária, ações intersetoriais e uma maior “relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social” (CONILL, 2008, p.8).

No Brasil, o modelo proposto pela APS teve grande impacto na organização do SUS. A década de 1980 pode ser entendida como um momento de ressurgimento de movimentos pela democratização da sociedade, em diversas esferas, com intensos reflexos na saúde. Na década seguinte, o Ministério da Saúde sugeriu a reorganização da prática assistencial, dando ênfase ao atendimento integral à saúde da família. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991, com boa atuação no

Nordeste, colaborou para que em 1994, passasse a existir o Programa Saúde da Família (PSF) e na sequência, como estratégia de reorientação assistencial em substituição às práticas convencionais a Estratégia de Saúde da Família, a fim de reafirmar os princípios do Sistema Único de Saúde e dar prioridade à APS (CONILL, 2008).

Assim sendo, surgiu o Programa Saúde da Família, em meados de 1993, sendo regulamentado de fato em 1994, como uma tática do Ministério da Saúde na busca pela mudança da forma tradicional de prestação de assistência, objetivando a implantação de um novo modelo de APS que resolvesse a maior parte (cerca de 85%) dos problemas de saúde (BLASCO *et. al.*, 2003).

Os denominados Agentes Comunitários de Saúde (ACS) constituíram as primeiras equipes do PSF, sendo formadas em janeiro de 1994. Dando prioridade às ações de proteção e promoção da saúde, o atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou no domicílio, por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Teve por principal objetivo fazer com que cada equipe fosse levada a apreciar a realidade das famílias pelas quais é responsável, através de cadastramento e diagnóstico de suas características, tornando-se mais compassivo às necessidades dos indivíduos atendidos (CARVALHO, 2003).

O Ministério da Saúde recomenda que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4000 pessoas (BRASIL, 2011), para que esses profissionais e a população assistida possam criar vínculos de corresponsabilidade, o que promove a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade com mais facilidade. A reorganização da APS conjecturou, também, o funcionamento de um sistema de referência e contra-referência competente que certifica a integralidade das ações de saúde (CARVALHO, 2003).

O Programa Saúde da Família aponta ao trabalho na lógica da promoção da saúde, ambicionando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito conexo à família, ao domicílio e à comunidade. Entre outros aspectos, para que se obtenha o objetivo proposto, é indispensável a

vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade, e a expectativa de promoção de ações intersetoriais (BLASCO *et. al.*, 2003).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu em 1994 como iniciativa do Ministério da Saúde para a implementação da atenção primária em saúde e mudança do modelo assistencial vigente no país, alterando o paradigma voltado às doenças, baseado no hospital, para o de promoção de saúde, prevenção de doenças e cuidado às doenças crônicas, baseado no território de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A ESF possui suporte de Equipes de Saúde Bucal (ESB) e de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2006 a).

Ao se estabelecer como estratégia de mudança e reordenamento do modelo assistencial no Brasil, têm por objetivo precípua alavancar o SUS que, não obstante dos progressos jurídico-político, não foi capaz de reverter o quadro sócio-sanitário nacional, regional ou local, conservando-se como hegemônico o modelo assistencial individual, curativo, cujo centro é o hospital (ARAÚJO *et. al.*, 2007).

Um pilar fundamental na construção do novo modelo de APS é a humanização que a proposta da ESF (BRASIL, 2006a). Tem por finalidade apreciar, através do estabelecimento de interação entre profissionais, usuários e famílias, por meio da responsabilização da equipe na resolução dos problemas de saúde da comunidade (ARAÚJO *et. al.*, 2007).

5.2 A Hipertensão Arterial Sistêmica e os fatores de risco

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados pressão arterial. Associa-se, frequentemente, as alterações funcionais e /ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e as alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Esse agravo crônico não transmissível, de difícil controle, é a principal causa de morbimortalidade, assumindo um papel importante no contexto da transição epidemiológica, se configurando como principal fator de risco nos agravos da saúde coletiva e tendo papel de destaque economicamente,

socialmente, na qualidade e na expectativa de vida da população (ARAÚJO *et al.*, 2006).

A incidência de HAS aumenta linearmente com o envelhecimento, atingindo percentual superior a 60% em indivíduos acima de 60 anos, sendo duas vezes mais predominante em indivíduos brancos, especialmente nas mulheres (MINAS GERAIS, 2007).

Segundo Andrade "durante o primeiro ano de tratamento, entre 16% e 50% dos novos hipertensos descontinuam a medicação anti-hipertensiva; e, daqueles que a utiliza um número substancial o faz de modo inadequado" (ANDRADE *et al.*, 2002, p. 375).

A HAS é também ocasionada pelo sedentarismo e, o índice com maior frequência ocorre em indivíduos com pouca ou nenhuma escolaridade (MINAS GERAIS, 2007).

A HAS é uma das mais importantes enfermidades do mundo moderno, pois, além de ser muito frequente, é a causa direta ou indireta de elevado número de óbitos, decorrentes de acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto do miocárdio (PORTO, 2005).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica elaborado pelo Ministério da Saúde, a HAS vem a ser:

(...) um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006 b, p. 9).

A HAS é definida como pressão sistólica maior ou igual a 140mmhg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90mmhg em indivíduos que não estão fazendo o uso de medicação anti-hipertensiva, devendo ser considerado em seu diagnóstico, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a existência de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas (BRASIL, 2006 c).

Seu tratamento pode se dar de duas formas: sem ou com medicamentos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da hipertensão arterial sistêmica são alimentação saudável,

baixo consumo de álcool e sódio, adequado ingestão de potássio, combate ao estresse, sedentarismo e tabagismo e controle do peso corpóreo. Por sua vez, entre os fármacos mais estudados e que se mostraram benéficos na redução de eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais maiores, estão os diuréticos em baixas doses (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

O tratamento da HAS consiste em medidas não-farmacológicas e farmacológicas, estas com inúmeros medicamentos anti-hipertensivos disponíveis. Entretanto, uma das principais dificuldades no tratamento da HAS é a adesão dos usuários a terapêutica estabelecida é o desconhecimento da doença o maior problema que temos que enfrentar. Sendo de extrema importância que as pessoas recebam o benefício do método educativo para obter mais informação sobre a HAS. Buscando promover maior conscientização do risco de agravos (BRASIL, 2006 c).

5.3 Ações para enfrentamento da HAS na Atenção Primária de Saúde.

A Política Nacional de Promoção da Saúde foi aprovada em 2006 e visa promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde, estabelecendo uma agenda de ações prioritárias nos seguintes eixos: alimentação saudável, práticas corporais e atividade física, ambiente sustentável, prevenção de uso de tabaco, álcool e drogas, prevenção de violências e cultura da paz. Foram investidos, nos últimos anos, recursos para fomento de experiências em estados e municípios. Além disso, foram realizadas campanhas nacionais de mobilização para a prática de atividade física e estudos para avaliar a efetividade de programas de promoção das práticas corporais/atividade física dos municípios (BRASIL, 2011).

Destaca-se ainda, o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por meio de decreto presidencial e articulado entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação. O PSE desenvolve ações clínicas e de avaliação da saúde dos escolares, tais como pressão arterial e avaliações nutricionais, que diagnosticam precocemente a hipertensão e a obesidade, e ações de promoção da saúde que induzem também ações de alimentação saudável e a prática de atividade física regular (BRASIL, 2011).

Além deste elo, se estabeleceram programas e ações de saúde com objetivo de prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTO), a política antitabaco, alimentação saudável, farmácia popular, academias de saúde, expansão da APS (BRASIL, 2011).

Pela importância da prevenção das DCNT, visando diminuir a morbimortalidade, se implementam planos de intervenção com único objetivo de aumentar os conhecimentos da população na prevenção de agravos, melhorando a qualidade de vida dos pacientes afetados. Existem assim muitos planos de intervenções realizados por outras equipes de saúde (DIAS, 2013).

A redução e o controle da hipertensão arterial sistêmica demandam o incentivo à promoção da saúde e o estímulo à modificação do estilo de vida, por meio da diminuição de fatores de risco como hábito de beber e fumar, estresse, excesso de sal e gordura na dieta, obesidade, sobrepeso e sedentarismo. De igual modo, necessitam de uma maior e efetiva participação dos familiares na vida do paciente hipertenso, que deve fazer uso correto dos medicamentos prescritos, eliminando, por consequência, as recaídas decorrentes da baixa adesão ao tratamento da doença (SOSA, 2014).

Segundo estudo realizado por Dias (2013), a reorganização das ações e serviços de saúde no âmbito da APS, é parte fundamental na construção do SUS e na melhoria da qualidade de vida dos usuários dos serviços públicos de saúde. A proposta de trabalhar com a prevenção torna-se uma medida obrigatória e de valor significativo. É preciso romper com antigas formas de trabalhar e lidar de maneira diferenciada com o processo de saúde-doença na sociedade. O ideal seria realizar não somente uma abordagem curativa, individual e onerosa; e sim medidas resolutivas que atendam de maneira coletiva e consigam tratar a doença de maneira precoce, com mais eficiência.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Caracterização do território

Leopoldina possui código do Município no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) 313840, inscrita na Unidade de Federação de Minas Gerais. Localiza-se na Mesorregião da Zona da Mata e Microrregião de Cataguases e ocupa uma área de 942 km², o que o torna o mais extenso de sua microrregião, representando 0,161% do estado de Minas Gerais, 0,102% da Região Sudeste e 0,011% de todo o território brasileiro.

Limita-se ao norte com Cataguases, a nordeste com Laranjal, a leste com Recreio, a sudeste com Pirapetinga e Estrela Dalva, ao sul com Volta Grande e Além Paraíba, a sudoeste com Santo Antônio do Aventureiro, a oeste com Argirita e São João Nepomuceno e a noroeste com Descoberto e Itamarati de Minas.

O território de Leopoldina é cortado por importantes rodovias federais, como a BR-116/Rio - Bahia e a BR-267, e pelos trilhos da Ferrovia Centro-Atlântica. O Aeroporto de Leopoldina está situado no distrito de Piacatuba.

Quadro 1 - Distância de Leopoldina dos principais capitais brasileiras, 2010

Distância de Leopoldina aos principais centros nacionais	
Cidade	Distância (em km)
Belo Horizonte	322

Rio de Janeiro	210
São Paulo	525
Brasília	1.077
Vitória	395

Fonte: IBGE, 2010

O território do município localiza-se na bacia do rio Paraíba do Sul. A sede municipal é cortada pelo ribeirão Feijão Cru. Os principais rios que banham o município são o Pomba e o Pirapetinga, ambos afluentes do Paraíba do Sul, e os rios Pardo e Novo, afluentes do Pomba. Cerca de 80% do município apresenta topografia que varia de ondulada a montanhosa e apenas 20% classificado como plano. A altitude da sede municipal é de 225 m. O Alto de Santa Úrsula, ponto culminante do município, possui altitude de 712 m.

Em 2010 segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 51 136 habitantes, com uma densidade populacional de 54,27 habitantes por km². Segundo o censo de 2010, 47,99% da população eram homens (24 545 habitantes), 52,01% mulheres (26 591 habitantes), 89,39% (45 712 habitantes) viviam na zona urbana e 10,61% (5 424 habitantes) na zona rural. De acordo com o IBGE, em 2006, Leopoldina possuía 37 685 eleitores.

Quadro 2 - Total da população do município de Leopoldina/MG, 2010



Fonte: IBGE, 2010

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Leopoldina é considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Seu valor é de 0,778, sendo o 122º maior de todo estado de Minas Gerais (em 853), o 487º de toda a Região Sudeste do Brasil (em 1666 municípios) e o 1098º de todo o Brasil (entre 5 507 municípios). Considerando apenas a educação, o valor do índice é de 0,854, enquanto o do Brasil é 0,849 (IBGE, 2010).

Os bairros do município são: Alto da Ventania, Alto do Cemitério, Arthur Leão, Bela Vista, Bandeira, Centro, Catedral, Chácara Dona Euzébia, Maria Guimarães França (COHAB Velha), Desengano, Fábrica, Fátima (Coréia), Fortaleza, Dr. Joaquim Furtado Pinto (COHAB Nova), Dr. Joaquim Guimarães, Eldorado, Imperador, Jardim dos Bandeirantes, Jardim Bela Vista, Jardim Caiçara, Jardim Lisboa, João Paulo II, Limoeiro, Meia Laranja, Mina de Ouro, Nova Leopoldina, Pedra Pinguda, Pedro Brito Netto, Pirineus, Popular, Quinta Residência, Redentor, Rosário, São Cristóvão, São Luiz, São Sebastião, Serra Verde, Tomé Nogueira, Três Cruzes, Vale do Sol, Vila Esteves, Vila Miralda, Zona Industrial e Cidade Alta. Apresente cinco distritos Abaíba, Piacatuba, Providência, Ribeiro Junqueira e Tebas e dois povoados de São Lourenço (também conhecido como Arraial dos Montes) e São Martinho.

Área de abrangência e perfil populacional da unidade de saúde Pirineus

A unidade de saúde Pirineus está localizada no bairro Maria Guimarães França e engloba ainda os bairros Vila Esteves e Pirineus. Região urbana do município.

Neste território estão inseridas duas escolas estaduais com ensino fundamental, médio e técnico, além de duas faculdades. Ainda compondo a rede social, temos uma igreja católica, duas igrejas evangélicas, um centro de umbanda e um centro kardecista.

Todas as famílias possuem acesso aos serviços de saneamento básico e energia elétrica.

Figura 1 - Mapa da área de abrangência da unidade de saúde Pirineus, mostrando os bairros Pirineus e Vila Esteves, Leopoldina/MG, 2010.



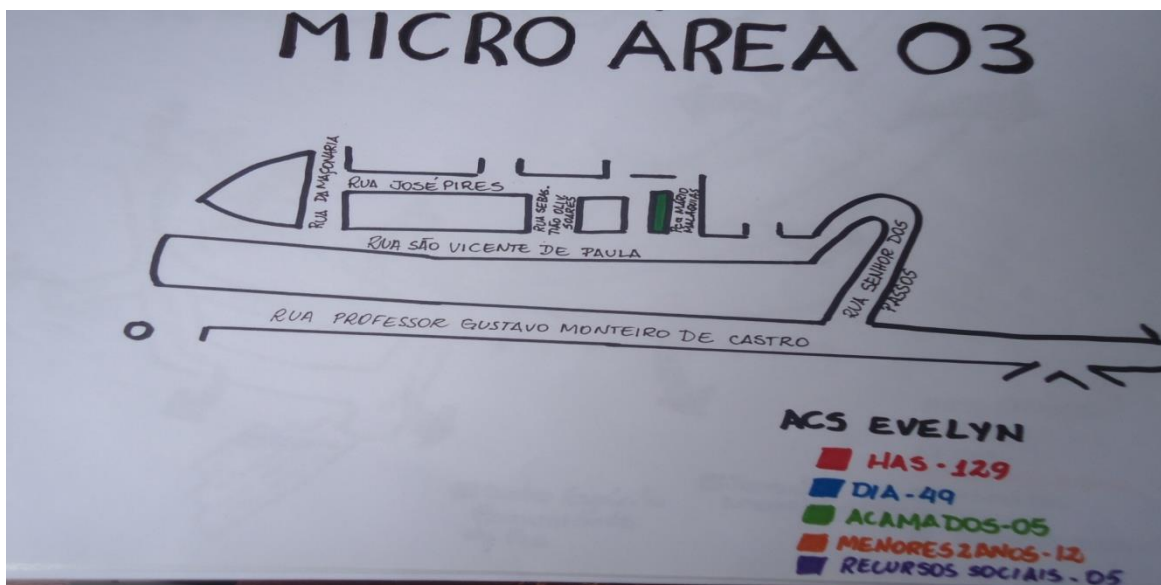
Fonte: Registro interno da unidade de saúde, 2012

Figura 3 - Desenho da microárea dois da ESF Pirineus, Leopoldina/MG.



Fonte: Registro interno da unidade de saúde, 2012

Figura 4 - Desenho da microárea três da ESF, Leopoldina/MG.



Fonte: Registro interno da unidade de saúde, 2012

Figura 5 - Desenho da microárea quatro da ESF Pirineus, Leopoldina/MG.



Fonte: Registro interno da unidade de saúde, 2012.

Figura 6 - Desenho da microárea cinco da ESF Pirineus, Leopoldina/MG.



Fonte: Registro interno da unidade de saúde, 2012.

Figura 7 - Desenho da microárea seis da ESF Pirineus, Leopoldina/MG.



Fonte: Registro interno da unidade de saúde, 2012.

A comunidade dos Pirineus está formada por pessoas da classe média alta, com uma boa infra-estrutura hidrosanitária e socioeconômico. A religião católica é a maior. Possui sede própria, com arquitetura projetada, tendo sua área física dentro dos padrões solicitados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assim, possui recepção, sala para acolhimento, sala de reuniões, sala de curativo, vala de vacina, consultórios multiprofissionais, sala de cuidados básicos, escovário, Equipe de Saúde Bucal (ESB) na modalidade

II, sala para ACS, banheiros para usuários e para profissionais, expurgo, sala para esterilização, cozinha.

Além disso, conta com todos os materiais permanentes necessários para realizar uma adequada assistência ao paciente. A ressalva se faz aos materiais de consumo, que nem sempre são em quantidade suficiente, e às medicações básicas ao atendimento inicial do paciente na unidade que são inexistentes.

O PSF Pirineus funciona com uma equipe mínima formada por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, seis Agentes Comunitários de Saúde. Além da equipe de saúde bucal e uma auxiliar de serviços gerais. A Unidade funciona de 7 horas às 16 horas de segunda a sexta-feira tendo um dia da semana chamado de “horário estendido” direcionado ao atendimento dos trabalhadores. No momento, o processo de trabalho de toda equipe está focado nos grupos prioritários estabelecidos pelo Ministério da Saúde como: hipertenso, diabético, saúde mental, gestante, criança menores de dois anos. Os grupos educativos acontecem de forma constante, pois temos o apoio da equipe do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF). No bairro Pirineus a principal causa de morte são as complicações da HAS, sendo de 89 no ano 2015. Por isso é necessário o desenvolvimento de ações educativas para evitar as mortes produzidas por esta doença.

6.2 DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE INTERVENÇÃO, PROPRIAMENTE DITO

A seguir o plano de intervenção elaborado, de acordo com os dez passos do PES simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.2.1 DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS

A identificação dos problemas de saúde de uma comunidade é um processo complexo e muito importante para se conhecer de fato a situação de saúde da mesma. Há muitas formas de se identificar os problemas, e acreditamos que a participação de todos os membros da comunidade e da equipe de saúde é vital para este processo, pois a intervenção ativa destes atores torna possível o cumprimento das ações e metas estabelecidas para a solução dos problemas.

Ao fazer a análise situacional do território da equipe de saúde de Pirineus, e conhecer outros problemas, proporcionados pelo estudo da estatística e levantamentos feitos pela equipe da ESF, mais as visitas feitas na área de abrangência, se identificaram alguns problemas como sendo aqueles que interferem em seu estado de saúde, tanto do ponto de vista objetivo como subjetivo:

1-Inadequada disposição final dos resíduos sólidos e líquidos, sem nenhuma modalidade de monitoramento e tratamento, constituindo um problema ambiental.

2-Elevada prevalência de doenças cardiovasculares: hipertensão arterial.

3-Elevada prevalência de diabetes mellitus e suas complicações.

4-Elevada prevalência de problemas de saúde mental pela não adesão terapêutica.

5-Elevada frequência de fumantes e consumo de álcool.

6-Alto índice de drogas ilícitas.

6.2.2 PRIORIZAÇÃO DO PROBLEMA

Depois da identificação dos problemas, é necessário estabelecer prioridade para cada um dos problemas encontrados. Deve-se levar em consideração alguns critérios, tais como, importância e capacidade de intervenção do pessoal para criar estratégias pra resolver o problema. Na reunião cada membro da equipe escolheu um problema dando um valor para cada um dos critérios, depois se fez a somatória dos participantes por cada problema e se obteve a ordem de prioridade, como pode se observar abaixo.

Problemas	Importância	Capacidade de intervenção	Pontuação total	Ordem de prioridade
Elevada prevalência de hipertensão arterial e suas complicações.	4	4	8	1
Elevada prevalência de diabetes mellitus e suas complicações.	4	3	7	2
Elevada frequência de fumantes e consumo de álcool.	3	3	6	3
Elevada prevalência de problemas de saúde mental pela não adesão terapêutica.	2	3	5	4

Alto índice de drogas ilícitas.	1	2	3	5
Inadequada disposição final dos resíduos sólidos e líquidos	2	0	2	6

Fonte: Autoria própria, 2015.

Como pode ser observado acima, o principal problema priorizado pela equipe foi à elevada prevalência de hipertensão arterial e suas complicações.

6.2.3 Definição do problema

É sabido que a identificação e priorização do problema não são suficientes para definir as intervenções na perspectiva de solucioná-lo. É preciso avançar mais na compreensão ou explicação de cada problema, caracterizá-lo e descrevê-lo melhor, para entender sua dimensão e como ele se apresenta em uma determinada realidade. A quantificação do problema é um passo importante, pois afasta ambiguidades e obtêm-se indicadores que permitem a avaliação do impacto alcançado pelo plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para facilitar o processo de descrição, o quadro 01 reúne descritores relacionados ao problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada na ESF Pirineus, no município de Leopoldina/MG.

Quadro 3: Descritores e valores relacionados ao problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada na Estratégia de Saúde da Família Pirineus, no município de Leopoldina/MG, em 2015.

Descritores	Valores/Idade		
	-15 anos	+ 15 anos	total
Indivíduos cadastrados na unidade	945	2505	3450

Hipertensos cadastrados	0	592	592
%		23.6	17.1

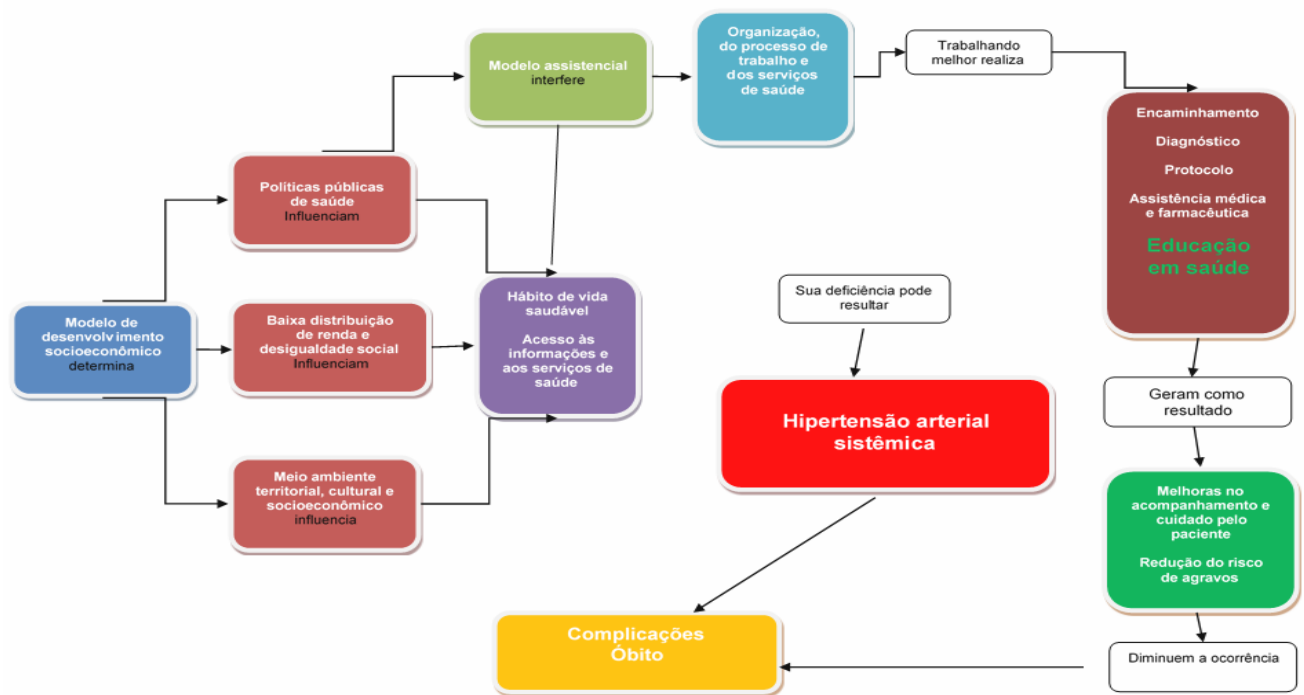
Fonte: Registro interno da Unidade, 2015

A prevalência de hipertensão arterial na população adscrita acima de 15 anos é de 23,63%. E de 17,15 % do total da população adscrita de 3450 habitantes, o que equivale a 592 pessoas cadastradas como hipertensas.

6.2.4 Explicação do problema

O modelo assistencial interfere na organização do processo de trabalho, e na estrutura de saúde para o melhor acompanhamento dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica. Como o modelo de atenção ainda predominante é o centrado na cura de doenças, o processo de trabalho causa um ineficiente atendimento e prevenção dos fatores desencadeantes da hipertensão arterial sistêmica. Na figura a seguir é apresentado um esquema que sintetiza a explicação do problema da hipertensão arterial da população cadastrada na Estratégia de Saúde da Família Pirineus no município de Leopoldina / MG.

Figura 08: Árvore explicativa do problema da hipertensão arterial sistêmica, da população cadastrada no Programa Saúde da Família de Pirineus, município de Leopoldina/MG, em 2015.



Fonte: Autoria própria, 2015

6.2.5 “Nós críticos” selecionados

O passo seguinte para a elaboração do plano de intervenção consiste na seleção dos “nós críticos”, causas de um problema que, quando atacado, é capaz impactar o problema principal e transformá-lo definitivamente. Eles são representados por algo sobre o qual é possível intervir, ou seja, que está dentro do espaço de governabilidade da equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foram considerados como “nós críticos” os seguintes problemas:

1 - Desconhecimento ou falta de informação dos pacientes em relação à sua doença, apesar da informação oferecida por todos os profissionais da ESF, através das consultas, das visitas domiciliares ou nos trabalhos comunitários;

2 - Processo de trabalho inadequado da equipe da ESF no atendimento aos usuários com HAS, pois ainda existe o uso incorreto da medicação e, também a não adesão terapêutica dos pacientes aos trabalhos realizados pela equipe. A automedicação é muito difundida na população, e pode produzir diferentes reações adversas além de inadequado uso;

3- Estrutura deficiente dos serviços de saúde, que ainda não garantem os medicamentos necessários para o tratamento dos pacientes, exames e consultas, quando necessário, com as especialidades.

Quando ocorrem falhas envolvendo o serviço de informação a população, assim como as orientações de prevenção dos fatores de risco pra evitar aparição da HAS e, a necessidade de levar uma vida saudável, produz o desconhecimento da população dos fatores de risco modificáveis e, isso dificulta um melhor controle dos pacientes afetados.

6.2.6 Operações dos “nós críticos”

A partir dos “nós críticos” identificados, propõem-se operações para a sua solução, resultados e produtos esperados e recursos necessários à sua execução (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para tanto, foi realizado o desenho de operações para os “nós críticos” do problema da hipertensão arterial sistêmica, como mostra o quadro 04 abaixo.

Quadro 4: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema da Hipertensão Arterial Sistêmica da população cadastrada na Estratégia de Saúde da Família Pirineus, no município de Leopoldina/MG, em 2015.

Nós críticos	Operação	Resultados esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Desconhecimento ou a falta de informação dos pacientes em relação à sua doença.	<p align="center">Saúde</p> Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de HAS.	População mais informada sobre riscos de HAS.	- Avaliação do nível de informação da população de riscos; - Campanhas Educativas; - Capacitação dos agentes de saúde.	<p>- Cognitivos:</p> Conhecimento sobre estratégias pedagógicas e de comunicação <p>- Político:</p> Mobilizações <p>- Financeiro:</p> para material de materiais didáticos para o trabalho educativo-social.
Processo de trabalho inadequado da equipe da ESF que contribui para o uso incorreto da medicação e/ou não adesão terapêutica dos pacientes; Automedicação muito difundida na população pode produzir diferentes reações adversas, além de inadequado uso.	Não se automedique, visite ao médico!	Maior informação da população do perigo da automedicação e aumentar a adesão terapêutica nas atividades promovidas pela equipe.	- Criar grupos educativos - Elaborar protocolos de cuidados - Capacitação do profissional de saúde da equipe sobre estratégias pedagógicas de comunicação	<p>-Cognitivo:</p> Capacitação da equipe sobre estratégias pedagógicas de comunicação <p>- Político:</p> Articulação intersetorial Adesão dos profissionais <p>Organizacional:</p> organização da agenda para a capacitação

Estrutura dos Serviços de Saúde inadequada - ainda não garante os medicamentos necessários para o tratamento dos pacientes, os exames e consultas com especialidades.	Contribuímos com sua melhor saúde Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento aos pacientes com HAS.	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para 80% de pacientes com HAS.	- Efetivar a referência e a contrareferência - Pactuar o aumento da cota de exames e consultas	Político: - Mobilização do gestor - Organizacional: Efetivar a referência e a contrareferência Financeiros: Aumento das ofertas de exames e vagas para Inter consultas.
---	---	---	---	--

6.2.7 Identificação dos recursos críticos

Esta etapa tem por finalidade identificar os recursos críticos, os quais são tidos como indispensáveis para a execução da operação e que não estão disponíveis, sendo importante conhecê-los e criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). No quadro 5, foram resumidos os recursos críticos de cada operação.

Quadro 5: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada na Estratégia de Saúde da Família Pirineus do município de Leopoldina / MG, 2015.

Operação	Recursos Críticos
Saúde	Político - conseguir o espaço na rádio local; difusão por automóvel falante (carro de som) e articulação intersetorial. Financeiro - aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Não se automedique, visite ao médico!	Político - Adesão dos profissionais Cognitivo - Capacitação da equipe sobre estratégias pedagógicas de comunicação
Contribuímos com sua melhor saúde	Político – decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.

6.2.8 Análise de viabilidade

A ideia de construir ou criar a viabilidade para o plano de intervenção tem por finalidade a identificação dos atores que controlam os recursos críticos. De posse dessas informações, faz-se um estudo para saber o grau de motivação desses atores em relação aos objetivos visados, buscando descrever ações estratégicas para mobilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Nesse contexto, o quadro 06 mostra as propostas de ações estratégicas para motivação dos atores do plano de intervenção.

Quadro 6: Análise de viabilidade do plano de intervenção para enfrentamento do problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada na Estratégia de Saúde da Família Pirineus no município de Leopoldina / MG, 2015.

Operação	Recursos Críticos	Controle de Recursos Críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Saúde. Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de HAS.	Político - conseguir o espaço na rádio local; difusão por automóvel falante. Financeiro - para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos	Setor de comunicação social Secretário de saúde.	Favorável Favorável	Não é necessária
Não se automedique, visite ao medico!	Político - Adesão dos profissionais Cognitivo - Capacitação da equipe sobre estratégias pedagógicas de comunicação	Coordenador da ESF	Favorável Favorável	Não é necessária

<p>Contribuímos com sua melhor saúde.</p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento aos pacientes com HAS.</p>	<p>Político – decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.</p>	<p>Prefeito municipal</p> <p>Secretaria municipal de saúde</p> <p>Secretaria de educação</p> <p>Fundo Nacional de saúde.</p>	<p>Indiferente</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Apresentar projeto de estruturação da rede.</p>
---	--	--	--	--

6.2.9 Elaboração do plano operativo

A principal finalidade do plano operativo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que deva executá-las. O seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O quadro 07 define a divisão de responsabilidades por operação e, os prazos para a realização de cada produto.

Quadro 07: Plano operativo para enfrentamento do problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada na Estratégia de Saúde da Família Pirineus no município de Leopoldina / MG, 2015.

Operação	Resultados	Produtos	Ação estratégica	Responsável	Prazo
Saúde. Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de HAS.	População mais informada sobre riscos de HAS.	- Avaliação do nível de informação da População de riscos. - Campanha Educativa. - Capacitação dos agentes de saúde.	Apresentar o projeto	Médico e enfermeira do ESF, Coordenador de ABS.	Início em 2 meses com avaliações a cada semestre.
Não se automedique, visite ao médico!	População mais informada sobre o perigo da automedicação e equipe mais qualificada para atenção integral	- Criar grupos educativos - Elaborar protocolos de cuidados - Capacitação do profissional de saúde da equipe	- Apresentar o projeto - Adesão dos profissionais	Médico e enfermeira do ESF.	Início em 2 meses com avaliações a cada semestre
Contribuímos com sua melhor saúde Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento aos pacientes com HAS.	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para 80% de pacientes com HAS.	- Efetivar a referência e a contrareferência - Pactuar o aumento da cota de exames e consultas	Apresentar o projeto	-Coordenador de atenção primária. - Secretária de saúde	2 meses Começar em 3 meses

6.2.10 Gestão do plano

Planilha para acompanhamento de projetos. Operação: Saúde						
no	Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1	Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos da HAS.	Médico Enfermeira	6 meses	Projeto elaborado sendo avaliado		
2	Campanhas educativas	Equipe de saúde	6 meses	Em execução		
3	Capacitação dos ACS sobre risco cardiovascular	Médico Enfermeira Equipe nasf	2 meses	Sensibilização da Equipe		

Planilha para acompanhamento de projetos. Operação: Não se automedique, visite ao medico!						
no	Producto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1	Elaborar protocolos de cuidados	Coordenadora da equipe ESF	12 meses	Projeto elaborado submetido a avaliação do conselho municipal de saúde		
2	Criar grupos terapêuticos	Equipe de saúde Equipe NASF	3 meses	Projeto elaborado em execução.		
3	Capacitação dos equipes de Saúde sobre risco cardiovascular e HAS	Médico Enfermeira Equipe NASF	6 meses	Equipe sensibilizada		

Planilha para acompanhamento de projetos. Operação: Contribuímos com sua melhor saúde						
no	Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1	Efetivar a referência e a contrarreferência	Coord. da APS	4 meses	Em execução		
2	Pactuar o aumento da cota de exames e consultas	Coord. da ESF	12 meses	Projeto de gestão dos protocolos e financiamento		

6.2.11 Monitoramento e avaliação

É preciso um sistema de gestão para coordenar e supervisionar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A seguir uma planilha construída visando o acompanhamento e avaliação das condutas modificadas e monitoramento do presente plano de ação.

Quadro 08: Planilha para acompanhamento e avaliação das condutas modificadas e, monitoramento da população cadastrada na Estratégia de Saúde da Família Pirineus, no município de Leopoldina / MG, 2015.

CONDUTAS AVALIADAS	MODIFICAÇÃO FAVORÁVEL		NAO MODIFICADOS	
	No	%	No	%
Adesão o medicamento				
Modificação da dieta				
Exercício Físico				
Total				

Fonte: Autoria própria, 2016

Quadro 09: Planilha para acompanhamento da modificação dos fatores de risco dos pacientes HAS cadastrada na Estratégia de Saúde da Família Pirineus, no município de Leopoldina / MG, 2015.

Indicadores	Momento atual		Em 06 meses	
	No	%	No	%
Hipertensos cadastrados				
Hipertensos acompanhados				
Hipertensos controlados				
Hipertensos obesos				
Hipertensos tabagistas				
Hipertensos usuários de álcool				
Hipertensos que sofreram infarto do miocárdio				
Hipertensos com insuficiência cardíaca				
Hipertensos que sofreram acidente vascular cerebral				
Hipertensos com insuficiência renal				

Fonte: Autoria própria, 2016

Quadro 10: Planilha para acompanhamento do conhecimento em ambos dos grupos da população cadastrada na Estratégia de Saúde da Família Pirineus, no município de Leopoldina / MG, 2015.

GRAU DE CONHECIMENTO	ANTES		DEPOIS	
	No	%	No	%
BOM				
REGULAR				
PESSIMO				

Fonte: Autoria própria, 2016

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano de Intervenção visa apoderar os usuários por meio do conhecimento dos fatores de risco para a Hipertensão Arterial, bem como criar vínculo entre eles e a Equipe da Saúde da Família, favorecendo acompanhamento e ampliação das atividades de promoção e prevenção. Com base no conteúdo discutido na revisão da literatura e plano, busca-se ainda, aumentar o nível de conhecimento e comprometimento da equipe de saúde e familiares na atenção e controle da Hipertensão Arterial e suas complicações, para reduzir os custos médicos e socioeconômicos, uma vez que a hipertensão é uma doença que apresenta uma alta taxa de internações hospitalares e procedimentos técnicos de alta complexidade, relacionados ao inadequado controle desses pacientes.

Para tal, busca-se manter um acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial e diminuir o índice de absenteísmo no trabalho e aposentadorias, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes hipertensos. E com isso, eliminando, por consequência, as recaídas decorrentes da baixa adesão ao tratamento da doença.

Com a implantação deste plano de ação, consideramos que o controle na adesão adequada dos pacientes ao tratamento proposto, por meio de ações, tais como a educação em saúde, visa diminuir as demandas espontâneas da unidade, geradas pelas descompensações agudas do agravo e, assim haverá melhor controle da HAS na área de abrangência, além de se conseguir uma diminuição das complicações e aumentar a qualidade de vida dos usuários. Busca-se também, aumentar o nível de conhecimento e comprometimento da equipe de saúde na atenção e controle da Hipertensão Arterial e suas complicações, com garantia de correto diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

A ampliação da cobertura dos serviços básicos de saúde, realizados pela ESF, agregou valores ao acesso da população aos serviços básicos de saúde. Neste contexto, a implementação deste plano mostra-se viável e necessário, para que de fato a equipe possa oferecer uma atenção de qualidade, direcionada às reais demandas da comunidade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, D. B. *et. al.* **Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para humanização da Atenção à Saúde.** Campina Grande, 2007.

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: Uma Análise Conceitual. **Revista Eletronica de Enfermagem**, v.8, n.2, p.259-272, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm> Acesso em: 28 maio. 2015.

ANDRADE, J. P. *et. al.* Aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira Cardiologia**, v.79, n.4, p.375-379, 2002. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/abc/2002/7904/79040005.pdf>> Acesso em: 28 maio. 2015.

BECK, C. I. C.; MINUZZI, D. **O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica.** Santa Maria, 2008.

BLASCO, P. G. *et. al.* **Princípios da medicina de família,** São Paulo: Sombramfa, 2003.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília; 2006b.

_____. Ministério da saúde. Série Cadernos de Atenção Básica nº 15 – série A. *In:* **Normas e Manuais Técnicos.** Brasília, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. 148 p.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE: censos e estimativas. 2010.** Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>> Acesso em: 12 mar. 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P., SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.

CARVALHO, A. M.; SOUZA, R. A. de. **Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia: Estudos de Psicologia.** Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2003.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v 24 s 1, p.S7-S27, 2008.

DIAS, M. A. S. **Plano de intervenção para redução dos níveis pressóricos de pacientes hipertensos na área de abrangência da equipe de PSF:** Hermes Veríssimo-Janaúba-MG. Montes Claros: Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

GUSMÃO, J. L.; JUNIOR, D. M. Adesão ao tratamento-conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão,** v.13, n.1, p.23-25, 2006. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>> Acesso em: 28 maio 2015.

L'ABBATE, S. Educação em Saúde: Uma nova Abordagem. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.10, n.04, p.481-490,1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n4/v10n4a08.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2015.

MARCONDES, E. A conferência de Alma-Ata e as Ações Básicas de Saúde. *In: Pediatría na Atenção Primária.* São Paulo: Savier, 2002.

MINAS GERAIS. **Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a Saúde do Adulto: Hipertensão e Diabetes.** 2 ed.Belo Horizonte: SAS/MG, 2007.198p.

PORTO, C. C. **Semiologia médica.** 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PEREIRA, G. P. *et. al.* **Plano Municipal de Saúde de Leopoldina-MG 2014/2017.** Saúde Minas Gerais – Tabnet informações de saúde: Disponível em: <<http://200.198.43.8/tabnet/>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

SECRETARIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Atenção à saúde do adulto. *In*: **Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica.** Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular.** Rio de Janeiro, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Rio de Janeiro, 2010.

SOSA, A. O. **Plano de ação para redução e controle da hipertensão arterial sistêmica em adultos com idade entre 30 e 40 anos atendidos no programa saúde da família Sinésio Brum de Loyola, do bairro Santa Cruz, Caratinga/MG.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em saúde Coletiva. Governador Valadares, 2014. 29f.