

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Geraldo Pires Rodrigues Junior

**PLANO DE AÇÃO PARA A PROMOÇÃO DO CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE A POPULAÇÃO DO TERRITÓRIO
ADSTRITO A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SUDESTE EM BICAS,
MINAS GERAIS**

Juiz de Fora – Minas Gerais

2021

Geraldo Pires Rodrigues Junior

**PLANO DE AÇÃO PARA A PROMOÇÃO DO CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE A POPULAÇÃO DO TERRITÓRIO
ADSTRITO A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SUDESTE EM BICAS,
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora Dra. Maria Marta
Amancio Amorim

Juiz de Fora – Minas Gerais

2021

Geraldo Pires Rodrigues Junior

**PLANO DE AÇÃO PARA A PROMOÇÃO DO CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE A POPULAÇÃO DO TERRITÓRIO
ADSTRITO A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SUDESTE EM BICAS,
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora Dra. Maria Marta Amancio Amorim

Banca examinadora

Professora Dra. Maria Marta Amancio Amorim. Centro Universitário Unifacvest

Professora Maria Dolores Soares Madureira, Mestre, UFMG.

Aprovado em Belo Horizonte, em 24 março de de2021

Dedico este trabalho à minha família, pelo apoio e confiança.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os docentes que contribuíram para o meu aprimoramento intelectual e profissional, obrigado!

“A persistência é o caminho do êxito.”

Charles Chaplin

RESUMO

A importância deste plano de intervenção justifica-se pela prevalência de hipertensão entre a população adulta do território adstrito a Unidade Básica de Saúde, Bicas/Minas Gerais. O objetivo principal deste trabalho é elaborar um plano de ação para melhorar a atenção ao usuário hipertenso da Unidade Básica de Saúde Sudeste, Bicas, Minas Gerais, incentivando a adesão para a conduta terapêutica e controle e a prevenção da crise hipertensiva. Utilizaram-se as bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde e a partir dos Descritores em Ciência da Saúde: Hipertensão, Doenças Crônicas não Transmissíveis, Estratégia de Saúde da Família. Também foram utilizados os dados da Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais. Para a elaboração deste trabalho aplicou-se o diagnóstico situacional do território elencando os problemas, posteriormente na seleção e priorização. Para as ações em saúde foi adotada a Educação Para a Saúde. Após aplicação do planejamento estratégico foi possível identificar o problema que trata do descontrole da hipertensão tem sua incidência no grupo de usuários idosos da área de abrangência, tendo em vista que, a maioria tem hábitos e estilos de vida inadequados. Houve a melhoria da abordagem ao usuário desenvolvido pela equipe, além das estratégias implementadas desde a elaboração do plano de intervenção em questão. Outro resultado satisfatório compreende-se pela iniciativa dos participantes em mudar a sua forma de alimentar-se, e contribuindo no tratamento com caminhadas e uma rotina seguindo a prescrição contemplando a conduta terapêutica, gerando a perda de peso e o efetivo controle da pressão arterial. Conseqüentemente a qualidade de vida desses hipertensos irá melhorar gradativamente. Manteremos essas ações na unidade, pois ainda tem uma minoria, cerca de 12 usuários idosos, que vez ou outra esquecem de tomar o remédio, portanto consideramos as ações exitosas tendo em vista os impactos na rotina de trabalho da equipe e na qualidade de vida e situação de saúde dos participantes.

Palavras-chave: Hipertensão. Estratégia de Saúde da Família. Mudança do Estilo de vida.

ABSTRACT

The importance of this intervention plan is justified by the prevalence of hypertension among the adult population of the territory attached to the Basic Health Unit, Bicas / Minas Gerais. The main objective of this work is to elaborate an action plan to improve the care for hypertensive users of the Unit Basic Health Southeast, Bicas, Minas Gerais, encouraging adherence to therapeutic conduct and control and prevention of hypertensive crisis. The databases of the Virtual Health Library and from the Health Science Descriptors were used: Hypertension, Chronic Noncommunicable Diseases, Family Health Strategy. Data from the Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais were also used. For the elaboration of this work, the situational diagnosis of the territory was applied, listing the problems, later in the selection and prioritization. For health actions, Health Education was adopted. After applying the strategic planning, it was possible to identify the problem that deals with uncontrolled hypertension has its incidence in the group of elderly users in the coverage area, considering that, most have inadequate habits and lifestyles. The improvement of the user approach developed by the team, in addition to the strategies implemented since the elaboration of the intervention plan in question. Another satisfactory result is understood by the initiative of the participants in changing the way they eat, and contributing to the treatment with walks and a routine following the prescription, contemplating the therapeutic conduct, generating weight loss and effective blood pressure control. Consequently, the quality of life of these hypertensive patients will gradually improve. We will keep these actions in the unit, as there are still a minority of about 12 elderly users, who occasionally forget to take the medicine, so we consider the successful actions in view of the impacts on the team's work routine and on the quality of life and situation health of the participants.

Keywords: Hypertension. Family Health Strategy. Lifestyle Change.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Distribuição da População Assistida pela eSF Sudeste, em Bicas/Minas Gerais.....17

Quadro 2 – Comorbidades e problemas de saúde mais freqüentes entre a população do território adstrito a UBS Sudeste, Bicas/Minas Gerais.....18

Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 1, Unidade Básica de Saúde Sudeste, município de Bicas, estado de Minas Gerais.....23

Quadro 4 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Descontrole da pressão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, da UBS Sudeste do município de Bicas, Minas Gerais.....34

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Descontrole da pressão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Sudeste, Bicas, estado de Minas Gerais.....35

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Descontrole da pressão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Sudeste, Bicas, estado de Minas Gerais.....36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CIESP	Consórcio Intermunicipal de Especialidades
DECS	Descritores em Ciência da Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HIPERDIA	Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus tipo 2
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Assistência à Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
PIB	Produto Interno Bruto
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PA	Pressão Arterial
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município Bicas	13
1.2 O sistema municipal de saúde	14
1.3 Aspectos da comunidade	16
1.4 A Unidade Básica de Saúde Sudeste	19
1.5 A Equipe de Saúde da Família 1 da Unidade Básica de Saúde Sudeste	20
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Sudeste	20
1.7 O dia a dia da equipe Sudeste	20
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	21
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	22
2 JUSTIFICATIVA	25
3 OBJETIVOS	27
3.1 Objetivo geral	27
3.2 Objetivos específicos	27
4 METODOLOGIA	28
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	29
5.1 Hipertensão	29
5.2 Tratamento medicamentoso e não medicamentoso para o controle da HAS	30
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	32
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	32
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	33
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	33
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39
ANEXO	42

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município Bicas

Bicas é um município com aproximadamente 15.000 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) no ano de 2019, possuindo aproximadamente 97,46 habitantes/km². Possui um salário médio mensal de 1.4 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total é de 23.9%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupa as posições 748 de 853 e 109 de 853, respectivamente. Em comparação com cidades do país todo, está na posição 5186 de 5570 e 906 de 5570, respectivamente, considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa. O Produto Interno Bruto (PIB) per capita foi de 16.973,73 (IBGE, 2017). Sua área territorial é de aproximadamente 140,082 quilômetros quadrados, com esgotamento adequado 93% da população, arborização de via pública em torno de 54%, isso de acordo com o último censo realizado em 2010 (IBGE, 2010).

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 13.61 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 1 para cada 1.000 habitantes. Possui 10 estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (IBGE, 2019).

Sobre o contexto histórico, os primeiros a pisarem nas terras pertencentes ao Município de Bicas, foram os tropeiros, que aqui estabeleciam pousadas provisórias, abrigando-se em choupanas cobertas de taboas. Ficou conhecida a princípio por 'arraial das Taboas', topônimo originado das águas que corriam das coberturas de taboas, que por ocasião das fortes chuvas, caíam em grossas 'Bicas' (IBGE, 2019).

O povoado surgiu no século XIX e foi desenvolvido ao redor da estação ferroviária, no auge da produção cafeeira, que era o centro exportador do produto, criação e o comércio de gado, instalação das oficinas da Leopoldina Railway. Foi levado à Distrito em 19/09/1890, incorporado, ao Município de Mar de Espanha e depois ao Município de Guarará. Bicas permaneceu como parte integrante de Guarará até 1923, quando foi emancipado (IBGE, 2019). A independência de Bicas se deu no dia 07/09/1923, sendo instalado no dia 01/01/1924 e foi elevado à categoria de

Município pela Lei Estadual nº 893 em 10/09/1925. A Comarca, no entanto, somente foi criada e instalada em 29/06/1935, sendo hoje, composta pelos Municípios de Bicas, Guarará, Maripá de Minas e Pequeri (IBGE, 2019).

1.2 O sistema municipal de saúde de Bicas

1.2.2 Pontos de Atenção à Saúde e Sistemas de Apoio e Logístico

Na Atenção Primária à Saúde o sistema de saúde local consta de cinco equipes de saúde da família (eSF), não possuímos Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF), temos equipes de saúde bucal nas unidades básicas de saúde (UBS). A cobertura de cada eSF está na ordem de 2.750 pessoas, perfazendo aproximadamente a cobertura de 12.000 pessoas no município. Também possuímos equipes de saúde bucal, uma clínica de fisioterapia da prefeitura, com assistência de segunda feira a sexta feira em horário integral.

Como Pontos de Atenção à Saúde Secundária, temos um centro de atenção chamado Consórcio Intermunicipal de Especialidades (CIESP) de Bicas, ofertando consultas, exames, atendimento humanizado, atendimento a pacientes ostomizados, Transporte para Tratamento Fora do Domicílio (TFD), além disso, atende todas as especialidades médicas do município. As especialidades e demanda que não são possíveis atendemos, encaminhamos ao município de Juiz de Fora.

Para o item Pontos de Atenção à Saúde Terciária, derivamos essa demanda ao município de Juiz de Fora em pacto acordado na região.

Sistemas de Apoio. Diagnóstico Terapêutico é realizado de acordo com os dados encontrados nas entrevistas médicas, de enfermagem, fonoaudiólogo e demais profissionais. Tudo de acordo com exames clínicos, de imagens e ou laboratoriais.

Assistência Farmacêutica. É feita de acordo com as prescrições médicas; o paciente leva a receita e ou solicitações médicas e em determinado momento, o usuário recebe os medicamentos e ou materiais solicitados nas receitas e pedidos médicos; inclusive fraldas descartáveis.

Informação em Saúde. É o processo pelo qual temos acesso via prontuários e ou computador, que armazenam os dados e permite acesso limitado a cada perfil de profissional.

Sistemas Logísticos. Transporte em Saúde é um serviço determinado pela Prefeitura com cadastro prévio do usuário, inclusive com avaliação médica da real necessidade do usuário a usar o transporte.

Acesso Regulado à Atenção. É determinado pela necessidade do usuário seguindo a demanda com base na quantidade de consultas determinadas no dia, por exemplo se o dia é exclusivo para gestantes por exemplo.

Prontuário Clínico é uma fonte de informação física, arquivada e usada pelos profissionais de saúde. O agente comunitário de saúde (ACS) retira e apresenta ao técnico de enfermagem que coleta os dados e registra a pressão arterial, peso, altura e motivo da consulta. Este prontuário vai até a enfermeira que filtra as necessidades e repassa ao médico de acordo com a necessidade encontrada.

Cartão de Identificação dos Usuários do SUS. É um documento que juntamente com a carteira de identidade, garante o acesso físico do usuário aos serviços prestados na UBS: consultas, vacinas, curativos, orientações, medicações e outros.

1.2.3 Organização dos Pontos de Atenção à Saúde

A referência e contrarreferência. Ocorre entre os pontos de atenção em saúde existentes no município e com os municípios vizinhos, mantendo um bom vínculo.

O Modelo de Atenção à Saúde predominante no município de Bicas é o ambulatorial, que está centrado nas especialidades médicas para atender as necessidades dos usuários.

1.2.4 Os principais problemas relacionados ao Sistema Municipal de Saúde

Rotatividade de profissionais e/ou a falta destes no processo de trabalho da atenção primária à saúde.

Escassez de insumos para atender a demanda mensal. Os insumos são abastecidos, porém em quantidade insuficiente.

1.3 Aspectos da comunidade

A área de abrangência da eSF, na qual eu atuo, é composta de pessoas com alto poder econômico, em sua maioria. Possui veículo próprio, plano de saúde, grau de escolaridade alto, casa própria e são donos de algum comércio local.

1.3.1 Aspectos socioeconômicos

A infraestrutura na UBS Sudeste se caracteriza como urbana básica, que compreende a rede de abastecimento de água, iluminação pública, pavimentação, esgotamento sanitário, rede de coleta de águas pluviais e serviço de coleta de lixo. Ultrapassam os 97% dos domicílios, possuindo alguns casos de ausência de rede elétrica na zona rural e alguns problemas isolados de captação de água pluvial, porém, já com projetos para serem sanados. A rede de ensino é composta por três escolas particulares, duas escolas estaduais e escolas municipais que contam com um nutricionista que prepara o cardápio das escolas e faz o acompanhamento da merenda.

A região possui grupo de desempregados e área de usuários de substâncias ilícitas. Estamos localizados ao lado da Prefeitura, próximos de todos os bancos do município (Banco do Brasil, Bradesco, Caixa Econômica Federal, Itaú, Santander) também da maioria dos maiores comércios da cidade: mercado, rodoviária, supermercados, farmácias, Correios, igreja principal católica, rede hoteleira, praça principal da cidade, pista de *skate* e quadra de esportes.

1.3.2 Aspectos demográficos

No quadro 1 estão dispostos os dados relacionados aos aspectos demográficos da população do território adstrito a equipe da UBS Sudeste, apresentando faixa etária, gênero e quantitativo da população assistida pela equipe, atualmente contamos com 2.895 usuários cadastrados, nota-se que existem em maior quantidade, usuários do gênero feminino com idade entre 0 e 80 anos, totalizando 1.684, já os usuários do gênero masculino compreendem 1.211, destes o maior grupo são adultos com idade entre 20 e 79.

Quadro 1- Distribuição da População Assistida pela eSF Sudeste, em Bicas/Minas Gerais.

Faixa Etária/ano	Masculino	Feminino	Total
< 1	03	10	13
1-4	45	37	82
5-14	119	138	257
15-19	71	82	153
20-29	146	170	316
30-39	157	218	375
40-49	147	208	355
50-59	171	247	418
60-69	162	235	397
70-79	119	197	316
≥ 80	71	142	213
Total	1.211	1.684	2.895

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência, Unidade Básica de Saúde da Família Sudeste, Bicas/ Minas Gerais (2020).

1.3.3 Aspectos epidemiológicos

É possível conhecer o perfil epidemiológico da população da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) por meio da coleta de dados disponíveis no cadastro individual da população. Frente a isto, observa-se no quadro 2 a seguir, os dados referentes as comorbidades e problemas de saúde mais freqüentes entre a população assistida pela equipe da UBS Sudeste.

Quadro 2 – Comorbidades e problemas de saúde mais freqüentes entre a população do território adstrito a UBS Sudeste, Bicas/Minas Gerais.

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Gestantes	15
Hipertensos	704
Diabéticos	182
Pessoas com doenças respiratórias (asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, enfisema, alergias)	80
Pessoas que tiveram Acidente Vascular Cerebral (AVC)	32
Pessoas que tiveram infarto	31
Pessoas com doença cardíaca	107
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	44
Pessoas com hanseníase	00
Pessoas com tuberculose	01
Pessoas com câncer	22
Pessoas com sofrimento mental	35
Acamados	10
Fumantes	214
Pessoas que fazem uso de álcool	223
Usuários de drogas	11

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência (BICAS,2020)

Observa-se que no quadro 2, que as doenças de maior prevalência são as doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes mellitus tipo 2, conseqüência disso os agravos mais freqüentes apresentados compreendem doenças cardiovasculares, e cerebrovasculares, também se percebe a incidência de doenças respiratórias como Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Enfisema e Alergias.

Quanto aos comportamentos que sugere a ocorrência de problemas de saúde e agravos é possível identificar o elevado número de usuários fumantes e alcoólatras, sendo um dos fatores de riscos para doenças crônicas não transmissíveis e seus agravos. As principais causas de óbitos são: cardíacas, respiratórias, metabólicas e câncer. As principais causas de internação são: gastrointestinais, respiratórias, afecções do trato urinário, doenças infecciosas e parasitárias.

1.3.4 Lista dos principais problemas relacionados à situação de saúde da população adscrita à área de abrangência da equipe da Unidade Básica de Saúde Sudeste, Bicas/Minas Gerais

- Hipertensão arterial sistêmica (HAS).
- Diabetes mellitus (DM).
- Abuso de álcool.
- Abuso de substância ilícita.
- Sedentarismo.
- Sobrepeso.
- Distúrbios depressivos.

1.4A Unidade Básica de Saúde Sudeste

A UBS Sudeste está localizada na parte central do município. É uma estrutura que atende à necessidade da população com desempenho muito acima da média, e com adequada adaptação aos idosos. Possui sala de reuniões, com recepção pequena, mas que também atende a necessidade da população que se adéqua à sala de espera, oferecendo inclusive instalações sanitárias para mulheres e homens, incluindo adaptação física ao portador de necessidade especial.

A UBS está localizada ao lado de uma clínica de fisioterapia da Prefeitura e de uma policlínica de média complexidade com várias especialidades médicas. Nossa UBS oferece aferição de pressão arterial, glicemia capilar, peso e altura, consultas de fonoaudiólogo, psicólogo, reumatologista às quintas feiras, médico generalista diariamente, odontólogo e fonoaudiólogo. Oferece também serviço de vacinação.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Sudeste

A eSF que atua em Bicas é composta de um médico, uma enfermeira e seis agentes comunitários de saúde (ACS). A relação com a população é bastante amistosa e pautada muito das vezes na amizade. Nós agendamos previamente visitas dos ACS dias antes de sua saída para as residências, os ACS fazem a visitação e registram dados importantes (queixas, necessidades de procedimentos e ou medicamentos,

receitas, consultas) e pedem uma assinatura de confirmação da visita. Os dados coletados são filtrados pela enfermeira que gerencia estas informações e repassa ao médico ou determina que o próprio ACS faça.

Os dados também são armazenados em um sistema informatizado. Isto permite um monitoramento de produção e avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Certamente que temos conflitos e dificuldades, porém sinto que o serviço está bem consolidado e tem muito boa aceitação, tanto nas visitas realizadas pelo ACS, como nas visitas de enfermagem e do médico.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Sudeste

A UBS funciona de 07:00 horas às 16:00 horas, atendendo a uma escala previamente determinada. Temos um dificultador aí, que é a ausência de uma recepcionista de função. O ACS é quem faz o papel acumulado de recepcionista, acumulando as duas funções e gerando certa insatisfação dos mesmos.

A estrutura de minha UBS é boa, com equipamentos adequados, horário de funcionamento pertinente à necessidade social da população. Normalmente não nos falta nada em termos de materiais a serem usados, como impressora, computador folhas de ofício, banheiros para equipe e usuários do SUS.

1.7 O dia a dia da equipe Sudeste

O acolhimento é feito inicialmente pelo ACS escalado na recepção, que direciona para um técnico de enfermagem que faz a triagem inicial, aferindo os sinais vitais, peso e altura. Sequencialmente o paciente é direcionado ao médico ou à enfermeira.

O atendimento à demanda espontânea e programada é feita de acordo com uma programação semanal que atende as consultas pré-agendadas, as que chegam espontaneamente e as visitas domiciliares. Essas visitas domiciliares atendem a um número de seis consultas semanais todas as terças feiras pela manhã, com direito a um retorno a cada 45 dias, ou de acordo com a necessidade médica de cada usuário.

As atividades de educação em saúde e de educação permanente são um pouco falhas, no entanto temos uma postura de as quintas feiras quando temos maior número de pessoas transitando pela UBS na sala de espera, realizamos algumas atividades educativas: com temas relacionados à Doença Sexualmente Transmissível, Câncer de Próstata, Tabagismo, Alcoolismo como exemplo de temas já abordados na UBS, frente à necessidade do público.

O médico participa de um grupo de caminhada às quartas feiras com o pessoal da terceira idade. Já tentamos desenvolver outras atividades como o grupo de hipertensos, de tabagismo e não houve adesão. Somente realizamos uma reunião de equipe, a pedido médico.

A atividade de quinta-feira com o grupo de terceira idade é discutido semanalmente com a equipe completa, garantindo que na semana seguinte, tenhamos uma fala uníssona entre os trabalhadores da UBS.

Os ACS juntamente com a enfermeira manejam a chegada do usuário para consultas nas quartas-feiras, afim de não gerar o estresse na demanda. O resultado é muito satisfatório, pois esta atividade gera um alto compromisso com o grupo da terceira idade e garante afinidade entre eSF e idosos. Até por que os ACS e a enfermeira participam em alguns momentos desta atividade física com o médico da família. É bastante compensador e eficaz.

O planejamento de atividades é feito previamente entre o médico e a enfermeira, depois sendo discutido entre os demais membros. Somente depois desta discussão é que partimos para a ação prática.

Realizamos poucas avaliações de nossas ações, monitoramos as nossas visitas domiciliares apenas, não monitoramos os indicadores de saúde até o momento atual. Estou há cerca de um ano no município como médico da família.

Como atividades que compõem o processo de trabalho a equipe realiza algumas atividades descritas em seguida.

- Visitas domiciliares, já que temos um veículo que também presta outros serviços ao município;
- Exerce o trabalho continuado entre os variados profissionais, pois não temos a continuidade do tratamento dado ao paciente pelos vários profissionais;
- Sob influência política realiza campanhas, como exemplo disso temos a campanha de vacinação para idosos 2020. Algumas áreas foram beneficiadas e outras não atenderam a demanda mínima de idosos. Simplesmente por preferência da profissional envolvida que direcionou para os conchavos políticos. Afetos e desafetos.
- Mantemos o diálogo efetivo e coeso entre a equipe.
- Existe o relacionamento pessoal entre membros da eSF e população, gerando assim muitos conflitos e às vezes mau entendimento das posturas desses atores.

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

Os problemas identificados no território, a partir da análise situacional, realizada pela equipe foram os seguintes:

- Descontrole da pressão arterial.
- Maus hábitos e alimentação inadequada.
- Saneamento deficiente com destino incorreto de fezes e urina.
- Sedentarismo.

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

Para a realização da seleção do problema prioritário para compor esta proposta de intervenção em saúde coletiva, a equipe se reuniu e fez uso da estimativa rápida elencando os principais problemas de saúde entre a população adstrita à UBS Sudeste. Em seguida foram observados os impactos de cada um dos problemas elencados no item 1.8 enumerando quais teriam maior influência no processo saúde doença da população

Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 1, Unidade Básica de Saúde Sudeste, município de Bicas, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Descontrole da pressão arterial	Alta	15	Total	1
Maus hábitos e alimentação inadequada	Alta	10	Total	2
Saneamento deficiente destino incorreto de fezes e urina	Média	3	Fora	3
Sedentarismo	Alta	2	Total	4

Fonte: O autor (2020)

*Alta, média ou baixa**

Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30***

Total, parcial ou fora****

Ordenar considerando os três itens.

Aplicando a matriz para a seleção e priorização do problema identificado no planejamento estratégico situacional (PES), frente a isto a equipe apresentou a classificação atentando para a importância, urgência e capacidade de enfrentamento do problema pela equipe, analisando a governabilidade das ações, atribuindo valor e prioridade (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Após essa aplicação é possível observar que no quadro 3 de classificação de prioridade o item descontrolado da pressão arterial tem alta importância, na classificação de urgência representando 15 pontos. Quanto à capacidade de enfrentamento, o total dos pontos e em ordem representa o primeiro problema a ser trabalhado, destacando-se dos demais. Sendo assim a equipe priorizou este

problema citado para compor o plano de ação em saúde para ser implantado na UBS Sudeste, em Bicas/Minas Gerais.

2 JUSTIFICATIVA

A relevância para a escolha do problema está na prevalência de HAS entre a população adulta do território adstrito a UBS Sudeste, Bicas/Minas Gerais. Após aplicação do planejamento estratégico foi possível identificar o problema que tem a capacidade de enfretamento a partir de ações da equipe.

Com base nisto a equipe percebeu que o descontrole da HAS tem sua incidência no grupo de usuários idosos da área de abrangência, tendo em vista que, a maioria tem hábitos e estilos de vida inadequados. Estes usuários não aderem ao tratamento medicamentoso de forma correta e, como consequência disso, há um descontrole da pressão arterial (PA), acarretando complicações.

A hipertensão arterial é um importante problema de saúde pública em virtude de sua alta prevalência e de suas complicações cardiovasculares. O tratamento da hipertensão tem como objetivo a redução da morbimortalidade cardiovascular [...] O elevado índice de descontrole da HAS está relacionado à abordagem inadequada dos clientes, falta de conhecimento sobre a doença e o tratamento ineficaz, que na maioria das vezes, por parte dos usuários ocorre de forma incorreta devido à baixa adesão ao tratamento. Outro fator associado ao descontrole da HAS compreende a dificuldade de acesso aos serviços e aquisição de medicações[...] (PINHO, PIERIN, 2013, p.65).

Entende-se que o controle inadequado da PA está relacionado aos comportamentos de riscos do portador de HAS, como a baixa adesão a conduta terapêutica, além disso, a baixa adesão ao tratamento medicamentoso para o controle da hipertensão pode estar relacionada aos serviços de saúde, pois a falta de orientação aos usuários sobre o cuidado à saúde ou a abordagem ineficaz pode influenciar na baixa adesão à conduta terapêutica.

Deste modo cabe aos profissionais de saúde identificar as fragilidades e os problemas que influenciam na desorganização das ações em saúde ofertada, no Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus tipo 2 (HIPERDIA).

Portanto, buscando intervir nos problemas evidenciados com estratégias que possibilitem melhorar a abordagem ao usuário, tornando as atividades de educação em saúde exitosas ao alcançar a orientação adequada e trazendo a autonomia ao

usuário no autocuidado à saúde, justifica-se a importância de ações em saúde na intervenção do problema relacionado à abordagem ao usuário hipertenso descompensado (NOBRE; RIBEIRO; MION, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de ação para melhorar a atenção ao usuário hipertenso da Unidade Básica de Saúde Sudeste, Bicas, Minas Gerais, incentivando a adesão para a conduta terapêutica e controle e a prevenção da crise hipertensiva.

3.2 Objetivos específicos

Identificar os usuários faltosos e que estão descompensados por meio da análise da frequência no grupo operativo e por avaliação da pressão arterial na consulta.

Promover busca ativa aos faltosos e orientação em saúde na promoção do controle e prevenção de agravos nos domicílios.

Reorganizar o grupo operativo do HIPERDIA, melhorando a abordagem ao usuário hipertenso, contemplando a afetiva adesão ao tratamento e acompanhamento na UBS, fazendo uso da educação para a saúde.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração deste trabalho aplica-se o diagnóstico situacional do território elencando os problemas, posteriormente na seleção desses problemas dispostos na matriz, destacando e caracterizando em um quadro cada problema, importância, urgência, capacidade de enfrentamento e seleção ou priorização, seguindo a recomendação do método da estimativa rápida de acordo com o Planejamento Estratégico Situacional - PES (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Foram considerados os aspectos que envolvem o problema priorizado pela eSF Sudeste, números ou impacto do problema, nos indicadores de saúde do município, no processo de trabalho da equipe e na rotina do hipertenso. Frente a isto a equipe ESF 1 Sudeste priorizou: “Descontrole da pressão arterial”, que tem como causa, a baixa adesão ao tratamento para controle e prevenção de agravos da HAS.

Para compor o embasamento teórico sobre a temática, o método adotado neste trabalho compreende a pesquisa bibliográfica, de acordo com Gil (2010, p.29-31) “a pesquisa bibliográfica é elaborada com base em material já publicado. Tradicionalmente, esta modalidade de pesquisa inclui material impresso como livros, revistas, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos”.

Utilizaram-se as bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde a partir do uso dos Descritores em Ciência da Saúde (Decs): Hipertensão, Doenças Crônicas não Transmissíveis, Estratégia de Saúde da Família na busca dos artigos. Também foram utilizados os dados da Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). No contexto ao utilizar as citações diretas e indiretas, foram adotadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão

A HAS é uma situação clínica multifatorial, renomada como síndrome e caracterizada pela presença de condições tensionais elevadas, associados a variações metabólicas e hormonais e a manifestações tróficas (hipertrofias cardíaca e vascular). A HAS pode contribuir para o aparecimento de outras enfermidades, tais como, insuficiência renal, aneurisma, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral ou infarto do miocárdio. Essas mudanças vasculares comprometem a “regadora” normal do organismo e, em consequência a sua integridade funcional, conduzindo ao comprometimento dos órgãos, envolvendo o sistema auditivo (ROLIM *et al.*, 2019).

No Brasil cerca de 30 milhões de pessoas possuem ~~em~~ essa doença crônica. Nessa razão entende-se que a HAS é um problema de saúde pública significativa devido a sua alta prevalência e baixo domínio. Portanto esta doença crônica não transmissível configura-se como um dos mais expressivos fatores de risco para o crescimento das doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (SILVA *et al.*, 2016).

A HAS de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia caracteriza-se da seguinte forma de acordo com a nova classificação: o estado normal, à condição normal a pressão arterial sistólica (PAS) <120 mmHg + pressão arterial diastólica (PAD) < 80mmHg. Na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial apresenta a hipertensão caracterizada como elevada, quando a PAS estiver entre 120 e 129 mmHg + PAD entre 80 e 89mmHg. Hipertensão Estágio I – ocorre quando PAS estiver 130 e 139 mmHg ou pressão arterial diastólica 80-89mmHg. A Hipertensão Estágio II – ocorre quando PAS estiver acima ou igual a 140 mmHg ou PAD acima ou igual a 90 mmHg (MALACHIAS *et al.*, 2016).

5.2. Tratamento medicamentoso e não medicamentoso para o controle da HAS

No Brasil, as políticas de atenção básica, incluindo a expansão dos mecanismos de acesso gratuito a medicamentos, são consideradas exemplos de intervenções públicas e controle das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2000).

Para Roche (2018), são várias as motivações que levam à não adesão de tratamento, como os aspectos relacionados ao paciente, à doença, às crenças de saúde, aos hábitos de vida culturais, mas principalmente a questão da ausência do devido conhecimento sobre o tema e acompanhamento do portador.

No que se refere ao tratamento farmacológico, a não adesão significa o abandono do uso dos medicamentos, sem orientação médica ou a execução de forma irregular do tratamento, seja na prática de atrasar a tomada do medicamento ou de realizar pequenas interrupções da terapêutica prescrita. A baixa adesão ao tratamento é um dos principais fatores para a persistência de valores elevados da PA (MANCIA et al., 2014).

Giorgi (2006) descreve que para combater a baixa adesão a tratamento é de grande importância a implementação de estratégias para melhor a abordagem ao portador de HAS. Portanto compreende-se que no âmbito da atenção primária as equipes da ESF têm papel fundamental na promoção de atividades com o intuito de orientar o usuário e acompanhar regularmente possibilitando o incentivo ao controle por meio da adesão ao tratamento medicamentoso e a mudança do estilo de vida, com práticas saudáveis como alimentação adequada e realização de atividade física.

O autor ainda ressalta que:

“Atualmente, a abordagem multiprofissional do atendimento do hipertenso tem sido encorajada e a atuação dos diferentes elementos tem caráter complementar, aumentando a possibilidade de sucesso do tratamento anti-hipertensivo, tanto o farmacológico quanto o não-farmacológico” (GIORGI, 2006, p.1).

É inegável que para melhorar o controle dessas doenças crônicas é essencial o desenvolvimento de estratégias que auxiliem a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. É considerada adesão ao tratamento de uma doença, o ato de seguir rigorosamente o que foi proposto pelo profissional de saúde. A 7ª Diretriz Brasileira para Hipertensão Arterial apresenta como tratamento

medicamentoso todos os medicamentos anti-hipertensivos, a prescrição ocorre com base nas indicações e contra-indicações específicas para cada caso, a preferência inicial será sempre por aqueles em que haja comprovação de diminuição de eventos cardiovasculares, ficando os demais reservados a casos especiais em que haja a necessidade da associação de múltiplos medicamentos para que sejam atingidas as metas da PA (MALACHIAS *et al*, 2016).

Na UBS Sudeste, sob a responsabilidade da equipe eSF, a distribuição de medicação gratuita para os usuários com essa comorbidade ocorre mensalmente durante a consulta, os medicamentos indicados são anti hipertensivos e diuréticos com a finalidade de auxiliar no tratamento para o controle da HAS: Losartana de 25mg ou 50 mg, Propranolol 40mg, Hidroclorotiazida 25mg. Todos são ofertados pelo SUS em quantidades suficientes para atender a demanda mensal de usuário da unidade, no que refere a hipertensão gestacional o indicado é o anti hipertensivo Metildopa 250mg ou 500mg, a literatura aponta que entre os fármacos mais utilizados destaca-se a hidroclorotiazida, seguida da Losartana, do Captopril e do Enalapril. Desta forma observa-se que os diuréticos e os antagonistas do sistema renina-angiotensina são os fármacos mais indicados para o tratamento da hipertensão (GONTIJO *et al*. 2012).

A prática do autocuidado envolve, principalmente, alterações comportamentais relacionadas ao estilo de vida do portador dessas comorbidades, adesão à conduta terapêutica e a mudança do estilo de vida para benefício de sua saúde na promoção do controle. Compreende-se que o tratamento para o controle deve ter a realização de atividades físicas e a reeducação alimentar, pois são fundamentais para a melhora e as perspectivas de estabilidade da saúde dos usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão. O autor ressalta que o autocuidado é chave fundamental para a manutenção adequada no cuidado e controle de patologias crônicas passíveis de avaliação (MARQUES *et al*, 2013).

Essa prática é denominada de tratamento não medicamentoso para o controle da PA, que é de caráter comportamental e depende intimamente do paciente para alcançar os resultados satisfatórios. Esses resultados trazem impactos significativos

na qualidade de vida do hipertenso, além de contribuir de forma efetiva no controle da PA. Entende-se por resultados do tratamento não medicamentoso a redução de peso que é proveniente da ação de atividades comportamentais como os exercícios físicos e a reeducação alimentar. Mesmo que ocorra uma modesta perda do peso corporal que está associada beneficemente no enfrentamento da HAS, principalmente em pessoas com sobrepeso, que possuem mais chances de evoluir para agravos cardiovasculares. Lembrando que a mudança do estilo de vida deve estar associada ao tratamento medicamentoso para alcançar o efetivo controle desta comorbidade, além do abandono do consumo de bebida alcoólica e do tabagismo (HERMANSEN, 2000).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Descontrole da pressão arterial”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo). Os passos seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, a(s) operação(ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos), segundo o PES (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

De acordo com a capacidade de resolutiva do problema pela equipe eSF da Unidade Básica de Saúde da Família Sudeste, em Bicas/Minas Gerais foi selecionado o problema relacionado ao descontrole da PA, este é decorrente de fatores de riscos modificáveis associados a obesidade, ao sedentarismo, ao alcoolismo, a alimentação inadequada e ao tabagismo. Outro fator que é observado entre os hábitos não saudáveis da população é o abuso do cloreto de sódio (sal de cozinha) na alimentação, também se nota o consumo de gordura de origem animal.

A HAS é uma doença crônica não transmissível que acomete a maioria dos usuários adultos da atenção primária a saúde adstrita a equipe Sudeste, localizada em Bicas, estado de Minas Gerais, representando cerca de 700 usuários.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Os itens elencados a partir da estimativa rápida, o qual foi priorizado o problema apresentado “Descontrole da pressão arterial”, o qual foi observado os seguintes problemas no território adstrito a UBS Sudeste: a falta de informação quanto à prevenção e ao tratamento da HAS; o desconhecimento da população hipertensa de como se adquire a doença; localidade com fatores determinantes que favorecem o surgimento e incidência da doença; existem péssimas condições sanitárias na área; falta de orientação quanto à forma correta da alimentação e prevenção de agravos

cardiovasculares; incidência de comportamento de risco para o surgimento de comorbidades associadas à HAS.

A adesão ao tratamento da HAS é uma das preocupações mais debatidas pelos profissionais de saúde da eSF Sudeste frente a isto avalia-se em atuação clínica que boa parte dos portadores de hipertensão da localidade adstrita a eSF Sudeste, tem descontrole recorrente devido à baixa adesão ao tratamento. Entende-se que os mesmos não utilizam sua medicação de forma correta ou não adotam mudanças efetivas no estilo de vida para hábitos mais saudáveis (MELO, 2018).

Na eSF Sudeste, na sala de espera são realizadas ações de educação para a saúde ~~na Sala de espera~~ com o grupo de Hipertensos, conforme ilustrado na Figura 1 – Anexo.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos correspondem às causas para o problema evidenciado e priorizado, descritos em seguida.

- 1) Falta de informação quanto à prevenção e tratamento para HAS.
- 2) Desconhecimento de como se adquire a doença.
- 3) Manutenção de comportamentos de riscos tabagismo; sedentarismo; alcoolismo.
- 4) Falta de adesão à orientação quanto à forma correta para o controle e tratamento de suas comorbidades associadas à síndrome metabólica.

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

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico

Quadro 4 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Descontrole da pressão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, da UBS Sudeste do município de Bicas, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Falta de informação quanto à prevenção e tratamento para HAS
6º passo. Operação	Capacitar a equipe de saúde para a abordagem e atendimento aos usuários portadores de hipertensão a fim de melhorar a atenção ao portador de doença crônica não transmissível
6º passo. Projeto	Educação para saúde: Conhecendo a hipertensão para tratar melhor
6º passo. Resultados esperados	Elevar o conhecimento dos usuários sobre os riscos do descontrole da HAS. Reduzir os agravos por influência do tabagismo e alcoolismo no descontrole da hipertensão e agravos cardiovasculares; Sensibilizar os usuários para a importância de participar de Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus tipo 2 HIPERDIA.
6º passo. Produtos esperados	Equipe capacitada para a abordagem, atendimento e acompanhamento dos usuários crônicos buscando o controle da PA. Avaliação clínica realizada durante as consultas médicas para conhecimento do perfil dos usuários especialmente os que possuem comportamentos de risco para o descontrole Grupo de educação em saúde no HIPERDIA, específico para os usuários crônicos identificados. Acompanhamento regular dos pacientes no controle da PA e níveis séricos. Grupo de educação em saúde para a população em geral, visando à promoção e prevenção dos agravos cardiovasculares.
6º passo. Recursos necessários	Cognitivo: orientação educativa para sensibilizar o usuário acerca da adesão ao tratamento para HAS. Estrutural: local para ministrar as palestras e grupos educativos. Político: apoio local, divulgação nas redes sociais e na rádio local. Financeiro: disponibilização de recurso para aquisição de materiais didáticos folders e cartazes.
7º passo. Viabilidade do plano. Recursos críticos	Local adequado que suporte a demanda e o apoio da secretaria de saúde e prefeitura
8º passo. Controle dos recursos	Secretaria Municipal de Saúde Apresentar o projeto à Secretaria de Saúde lazer e esportes,

críticos. Ações estratégicas	justificando a necessidade de execução do mesmo em função da importância em elevar o conhecimento dos usuários sobre a hipertensão
9º passo. Acompanhamento do plano. Responsáveis e prazo	Médico, Enfermeira Três meses
10º passo. Gestão do plano. Monitoramento e avaliação das operações	Acompanhar os usuários na UBS no domicílio e incentivar a participação nas reuniões do grupo, verificar o aumento de usuários nas ações interventivas e adesão ao tratamento para o controle.

Fonte: O autor (2020)

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Descontrole da pressão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Sudeste, Bicas, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Desconhecimento de como se adquire a doença
6º passo. Operação	Orientar os usuários sobre a hipertensão, causas tratamento e os riscos de não aderir ao tratamento que pode levar ao desenvolvimento de complicações cardiovasculares; Orientar o usuário sobre a importância de seguir corretamente o tratamento medicamentoso e não medicamentoso para a HAS com o objetivo de manter o controle dessa doença. Realizar ações educativas por meio de grupos operativos e visitas ao domicílio.
6º passo. Projeto	Hipertensão: o que é?
6º passo. Resultados esperados	Usuários hipertensos com conhecimento sobre a HAS, realizando o tratamento medicamentoso corretamente, participando de atividade física adequada para a própria condição de saúde e mantendo o controle da HAS.
6º passo. Produtos esperados	Controle da HAS e redução de agravos e internamentos devido o descontrole da PA. Melhorar o conhecimento acerca da doença instalada
6º passo. Recursos necessários	Político: apoio local, divulgação nas redes sociais e durante as visitas do ACS. Estrutural: disponibilização de profissionais capacitados para fazer o atendimento das especialidades.
7º passo. Viabilidade do plano. Recursos críticos	Político: Local adequado que suporte a demanda e o apoio da secretaria de saúde e prefeitura.
8º passo. Controle dos recursos	Secretária Municipal de Saúde/Gestão Municipal

críticos. Ações estratégicas	
9º passo. Acompanhamento do plano. Responsáveis e prazo	Médico Enfermeira Apresentar esta intervenção na Secretaria Municipal de Saúde justificando a necessidade de execução do mesmo em função do risco de pacientes no território com HAS descontrolada Iniciar as atividades em três meses
10º passo. Gestão do plano. Monitoramento e avaliação das operações	Indeterminado. Monitorar o controle mensal: o paciente segue o tratamento medicamentoso corretamente após as ações? As comorbidades estão controladas? Consulta programada: os usuários estão conscientes para a importância do controle da HAS? O usuário hipertenso tem a consciência dos riscos decorrentes do descontrole da PA?

Fonte: O autor (2020)

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Descontrole da pressão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Sudeste, Bicas, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Manter comportamentos de riscos tabagismo; sedentarismo; alcoolismo
6º passo. Operação	Propor realização de atividades físicas regulares adequadas à faixa etária e às condições de saúde dos pacientes hipertensos; Desenvolver atividades educativas para a promoção da reeducação alimentar, com as pessoas hipertensas. Promover ações para sensibilizar o abandono do tabagismo e etilismo.
6º passo. Projeto	<i>Vida saudável e ativa</i>
6º passo. Resultados esperados	Hipertensos participando de caminhadas e outras atividades esportivas; Hipertensos com alimentação mais saudável
6º passo. Produtos esperados	Caminhada/Alongamento orientados e regulares. Nutricionista orientando grupos de pessoas hipertensas. Adesão para uma alimentação saudável. Grupos operativos em atividade Capacitar a equipe de saúde para melhorar a abordagem e atendimento aos usuários de álcool
6º passo. Recursos necessários	Cognitivo: discussão acerca de alimentação saudável, importância de atividades físicas regulares. Estrutural: local para os grupos operativos e espaço para caminhadas. Político: apoio local, divulgação nas redes sociais.

	Financeiro: disponibilização de recurso para aquisição de materiais didáticos
7º passo. Viabilidade do plano. Recursos críticos	Político: Local adequado que suporte a demanda e o apoio da secretaria de saúde e prefeitura.
8º passo. Controle dos recursos críticos. Ações estratégicas	Secretária da Saúde, Lazer e esportes do município
9º passo. Acompanhamento do plano. Responsáveis e prazo	Médico, Enfermeira ACS Apresentar o projeto à Secretaria de Saúde lazer e esportes, justificando a necessidade de execução do mesmo em função dos altos índices de pacientes com HAS sem controle adequado. Iniciar as atividades em três meses
10º passo. Gestão do plano. Monitoramento e avaliação das operações	Controle semanal dos níveis pressóricos dos envolvidos no projeto. Reuniões quinzenais da equipe nas quais serão debatidos os fatores envolvidos no processo de trabalho e reflexões sobre os resultados efetivos sobre o controle adequado dos níveis pressóricos, visitas aos domicílios frequentes para assistir os pacientes HAS incapacitados

Fonte: O autor (2020)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante as ações realizadas na UBS Sudeste, em Bicas, Minas Gerais, foi possível evidenciar o comprometimento dos usuários participantes, mesmo em quantidade reduzida. A cada semana recebemos um quantitativo considerável para as ações educativas, bem como o acompanhamento no grupo operativo HIPERDIA.

É de grande importância descrever que os usuários se encontram informados sobre a sua condição de saúde e a sua comorbidade. Além disso, é de fácil percepção que os hipertensos compreenderam a importância em aderir ao tratamento de forma correta. Isso vem impactando nos atendimentos, uma vez que desde novembro não tivemos atendimentos com frequência para crise hipertensa ou e/ou situação em que o paciente busca a unidade para avaliação mensal no grupo estando descompensado. Certamente são frutos do trabalho de melhoria da abordagem ao usuário desenvolvido pela equipe, além das estratégias implementadas desde a elaboração do plano de intervenção em questão.

Outro resultado satisfatório compreende-se pela iniciativa dos participantes em mudar a sua forma de alimentar-se e contribuindo no tratamento com caminhadas e uma rotina, seguindo a prescrição contemplando a conduta terapêutica, gerando a perda de peso e o efetivo controle da PA, conseqüentemente a qualidade de vida desses hipertensos irá melhorar gradativamente.

Manteremos essas ações na unidade, pois ainda tem uma minoria cerca de 12 usuários idosos, que vez ou outra esquecem de tomar o remédio, portanto consideramos as ações exitosas tendo em vista os impactos na rotina de trabalho da equipe e na qualidade de vida e situação de saúde dos participantes

REFERÊNCIAS

BRASIL.Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 206-2099, 2000.

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

GIORGI, D. M. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Instituto do Coração. **Rev. bras. hipertens**, v. 13, n. 1, p. 47-50, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONTIJO, M. F. et al. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v. 28, n.7, p.1337-1346, 2012

HERMANSEN. K.. Diet, blood pressure and hypertension. **British Journal of Nutrition** , v.83, S1 , p. S113 - S119, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Dados demográficos dos municípios Brasileiros. **Censo populacional**. 2010. Disponível em:< <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/bicas>> . Acesso em 23 de julho de 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Aspectos históricos, econômicos e culturais. **Panorama Bicas**. 2017 Disponível em:< <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/bicas.html>>. Acesso em 22 de agosto de 2020

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. ibge@cidadaes.2019. Disponível em < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/bicas>> Acesso 17 de julho de 2020.

MALACHIAS, M.V.B. et al. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SBC;, 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol.**, v. 107, v. 3, p. 1-103, 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf .Acesso em: 03 de março de 2021

MANCIA, G. et al. Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arteriale. **Rev Port Hipertens e Risco Cardiovasc**, n. 39, p. 09-104, 2014. Disponível em: https://www.sphta.org.pt/files/guidelines_31janeiro2014-final.pdf Acesso em 23 de fevereiro de 2021

MARQUES, M. B. et al. Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado. **Rev. esc. enferm. USP**, v..47, n..2, p. 415-420, 2013

MELO, S. M. **Mudança de estilo de vida em portadores de diabetes mellitus tipo 2 na estratégia de saúde da família de Buritis das Mulatas – Várzea da Palma, MG**. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em atenção básica a saúde da família), NESCON. Universidade Federal de Minas Gerais, 2018.

NOBRE F, RBEIRO, A.B., MION, J. D. Controle da pressão arterial em pacientes sob tratamento anti-hipertensivo no Brasil: Controlar Brasil. **Arq Bras Cardiol.** v. 94, n. 5, p. 663-70, 2010.

PINHO, N.A., PIERIN, A.M. O controle da hipertensão arterial em publicações brasileiras. **Arq Bras Cardiol.**, v. 101, n. 3, p.65-73, 2013

ROCHE, Y. J. G. **Educação em saúde**: Como melhoria da atenção à saúde dos pacientes com diabetes mellitus, estratégia de saúde da família Santa Cruz – Aveiro, Pará. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em saúde da família), Universidade Federal do Pará, Santarém, 2018.

ROLIM, L. B. et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.** v.72, n.1, p.19-26, 2019.

SILVA, A.P. et al. Fatores associados à não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. **Rev Pesqui Cuid Fundam**, v. 8, n. 1, p. 4047-4055. 2016. Disponível em:http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5019/pdf_1834. Acesso em: 11 de março de 2021.

ANEXO

Figura 1. Educação para a Saúde na Sala de espera com o grupo de Hipertensos.

