

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

**Keila Regina de Paula Souza**

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DA ALTA PREVALÊNCIA DE PACIENTES  
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VIVER É BEM MELHOR DO MUNICÍPIO  
DE PASSA VINTE-MG**

**Campos Gerais - MG**

**2020**

**Keila Regina de Paula Souza**

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DA ALTA PREVALÊNCIA DE PACIENTES  
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VIVER É BEM MELHOR DO MUNICÍPIO  
DE PASSA VINTE-MG**

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.

Orientador: Professor Hugo André da  
Rocha

**Campos Gerais - MG**

**2020**

**Keila Regina de Paula Souza**

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DA ALTA PREVALÊNCIA DE PACIENTES  
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VIVER É BEM MELHOR DO MUNICÍPIO  
DE PASSA VINTE-MG**

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

Orientador: Professor Hugo André da Rocha

Banca examinadora

Professor Ms. Hugo André da Rocha-UFMG

Profa Dra Selme Silqueira de Matos-UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 28 de Fevereiro de 2021

Dedico esta monografia primeiramente a Deus, ao meu pai José Ferreira (in memoria), a minha mãe Elza Soares, a minha família, em especial aos meus filhos e a todos os meus familiares pelo apoio, principalmente ao meu irmão Emerson Ferreira.

Dedico também a todos os professores do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família (CEGCSF) ministrado pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), em especial ao meu orientador Hugo André da Rocha.

E a todos aqueles que de certa forma contribuíram para a realização deste projeto, as coordenadoras da UBS Sandra Neves e ESF Érika, extensivo a toda Equipe de Saúde da Família, funcionárias da Secretária Municipal de Saúde e comunidade do Município de Passa Vinte-MG.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e por todas as bênçãos concedidas para que eu pudesse chegar até aqui.

Aos meus pais José Ferreira (in memoria) e Elza Soares, ao pai dos meus filhos Gêrbio Marcelo e aos meus filhos Hítalo, Hugo e Hysadora, pelo companheirismo, compreensão, por serem meu socorro presente na hora da minha angústia, por me incentivarem a ser uma pessoa melhor e não desistir dos meus sonhos, esforçando-se junto a mim e sendo a base das minhas conquistas, familiares, amigos principalmente Nilza, Sergio, Sara, Patrícia Manhanini, por acreditarem em minhas escolhas, apoiando-me, para que eu suprisse, mante-se o foco nos objetivos e tivesse força para enfrentar e superar todas as dificuldades, desafios.

Ao meu orientador Hugo André da Rocha, pela dedicação em suas orientações prestadas na elaboração deste trabalho, incentivando-me e colaborando no desenvolvimento de minhas ideias.

A esta Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), aos docentes, diretores, coordenadores e administração, que proporcionaram o melhor dos ambientes para que esse trabalho fosse realizado.

Agradeço muito pelo trabalho que tenho, pois, é através dele que todos os dias aprendo e cresço a nível pessoal e profissional. E também agradeço a todos que compõem a equipe de saúde, aos ACS: Yasmin, Telma, Edvaldo, Fernando, Eliane, Guilherme, téc. enf. Margarida, aux. de secretária: Helenice Oliveira, Lidiane, aos motoristas que conduziram-me ao local das provas, gestores Lucas Nascimento e Vanessa Aparecida e a comunidade do município de Passa Vinte-MG, pois, trabalhar com profissionais, pessoas especiais, é o melhor da minha vida profissional. Agradeço cada um de vocês pelo aprendizado diário.

Agradeço à todos que de forma direta e indiretamente, ajudou-me na concretização deste estudo.

*“A persistência é o caminho do êxito.”*  
(Charles Chaplin)

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica não transmissível que representa um grave problema de saúde pública, não só pela alta prevalência na população, mas também pela alta proporção de hipertensos não diagnosticados e não tratados adequadamente, ou pelo alto índice de não adesão ao tratamento. Vários fatores aumentam o risco do desenvolvimento de doenças cardiovasculares, acometendo indivíduos cada vez mais jovens, sendo importante a identificação destes fatores de risco para a promoção, prevenção imediatamente. Mediante este contexto, durante a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família de Passa Vinte-MG, constatou-se que a prevalência de hipertensão arterial sistêmica era elevada. Portanto, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para melhorar o controle dos pacientes hipertensos da Estratégia Saúde da Família de Passa Vinte-MG. A metodologia foi realizada em três etapas: realização e avaliação do diagnóstico situacional, revisão de literatura e desenvolvimento de um plano de ação utilizando o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: estilo e hábito de vida não saudável da população; baixo nível de conhecimento da população sobre a hipertensão arterial; fatores carências e culturais que prejudicam e dificultam a adesão ao tratamento; processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar os problemas, afetando a qualidade do cuidado e da assistência à saúde da população. Baseados nestes nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: com criação dos projetos “Mais informação é cuidado e saúde”, para aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão; “Mexa-se”, para incentivar a modificação de hábitos alimentares e a prática de atividades físicas; “Saiba mais”, para melhorar a estrutura do serviço para o atendimento humanizado e população consciente com participação ativa em seu projeto de cuidado em saúde e adesão ao tratamento; “Acolher, cuidar e assistir”, para aumentar o número de profissionais com qualificação para atender e resolver as demandas apresentadas pelo usuário no processo saúde/doença. Espera-se evitar complicações e sequelas provenientes desta patologia, melhorar a capacidade de enfrentamento e à adesão ao tratamento e aumentar a qualidade de vida dos portadores de hipertensão.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Planejamento em Saúde. Adesão ao Tratamento.

## ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is a chronic non-communicable disease that represents a serious public health problem, not only due to the high prevalence in the population, but also due to the high proportion of hypertensive patients not diagnosed and not properly treated, or the high rate of non-adherence to treatment. Several factors increase the risk of developing cardiovascular diseases, affecting younger and younger individuals, and it is important to identify these risk factors for promotion and prevention immediately. In this context, during the situational diagnosis of the area covered by the Family Health Strategy of Passa Vinte-MG, it was found that the prevalence of systemic arterial hypertension was high. Therefore, this study aimed to develop an action plan to improve the control of hypertensive patients in the Family Health Strategy of Passa Vinte-MG. The methodology was carried out in three stages: realization and evaluation of the situational diagnosis, literature review and development of an action plan using the Situational Strategic Planning. In this study, the following critical nodes were selected: the population's unhealthy lifestyle and lifestyle; low level of knowledge of the population about arterial hypertension; deficiencies and cultural factors that hinder and hinder treatment adherence; inadequate team work process to face the problems, affecting the quality of care and health care for the population. Based on these critical nodes, the following coping actions were proposed: with the creation of the "Mais informação é cuidado e saúde" projects, to increase the population's level of information about hypertension; "Mexa-se", to encourage changes in eating habits and the practice of physical activities; "Saiba mais", to improve the service structure for humanized care and a conscious population with active participation in your health care project and treatment adherence; "Acolher, cuidar e assistir", to increase the number of professionals qualified to meet and resolve the demands presented by the user in the health / disease process. It is hoped to avoid complications and sequelae resulting from this pathology, improve coping skills and adherence to treatment and increase the quality of life of patients with hypertension.

Keywords: Hypertension. Health Planning. Treatment Adherence and Compliance.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 – Mapa Inteligente da Área de Abrangência da Estratégia de Saúde da Família Viver é Bem Melhor.....   | 17 |
| Quadro 1 - Distribuição da população adscrita pela ESF Viver é Bem Melhor, Passa Vinte – MG, por faixa etária e sexo. ....   | 17 |
| Quadro 2 - Distribuição da população adscrita pela ESF Viver é Bem Melhor, Passa Vinte – MG, por condições de saúde selecionadas.....  | 18 |
| Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde de Passa Vinte, Unidade Básica de Saúde Viver é Bem Melhor, município de Passa Vinte, estado de Minas Gerais.....   | 23 |
| Quadro 4 - Descrição do problema “Alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS), realizando de forma irregular o uso da terapêutica medicamentosa” em Passa Vinte-MG.....   | 34 |
| Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Viver é Bem Melhor, do município Passa Vinte, estado de Minas Gerais..... | 38 |
| Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Viver é Bem Melhor, do município Passa Vinte, estado de Minas Gerais..... | 40 |
| Quadro 7 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Viver é Bem Melhor, do município Passa Vinte, estado de Minas Gerais..... | 42 |
| Quadro 8 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Viver é Bem Melhor, do município Passa Vinte, estado de Minas Gerais..... | 44 |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 - Distribuição das internações hospitalares da população adscrita pela ESF Viver é Bem Melhor, Passa Vinte – MG, por capítulos da CID – 10..... | 18 |
|--|----|

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS Atenção Básica à Saúde

ACE Agente de Combate às Endemias

ACISPES Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra

ACS Agente Comunitário de Saúde

APS Atenção Primária à Saúde

CIDESTE Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste

CRAS Centro de Referência à Assistência Social

ESF Estratégia Saúde da Família

eSF Equipe de Saúde da Família

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS Instituto Nacional do Seguro Social

PSF Programa Saúde da Família

RAS Rede de Atenção à Saúde

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS Sistema Único de Saúde

SISREG Sistema de Regulação

TCM Totalmente Centrada no Município

UBS Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | 13 |
| 1.1 Aspectos gerais do município.....   | 13 |
| 1.2 O sistema municipal de saúde .....  | 13 |
| 1.3 Aspectos da comunidade .....  | 16 |
| 1.4 A Unidade Básica de Saúde Viver é Bem Melhor .....  | 19 |
| 1.5 A Equipe de Saúde da Família de Passa Vinte da Unidade Básica de Saúde Viver é Bem Melhor.....  | 20 |
| 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe de Passa Vinte .....  | 21 |
| 1.7 O dia a dia da equipe de Passa Vinte .....  | 21 |
| 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) .....  | 22 |
| 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo) .....   | 23 |
| <b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....  | 25 |
| <b>3 OBJETIVOS</b> .....  | 26 |
| 3.1 Objetivo geral .....  | 26 |
| 3.2 Objetivos específicos .....   | 26 |
| <b>4 METODOLOGIA</b> .....  | 27 |
| <b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....  | 28 |
| 5.1 A Atenção Primária à Saúde no Brasil .....  | 28 |
| 5.2 Definindo a Hipertensão Arterial Sistêmica .....  | 30 |
| 5.3 Abordando a Hipertensão na Atenção Primária à Saúde .....   | 32 |
| <b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b> .....   | 34 |
| 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) .....  | 34 |
| 6.2 Explicação do problema (quarto passo) .....   | 35 |
| 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) .....   | 36 |
| 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) ..... | 37 |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | 46 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 47 |

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

Passa Vinte é um município com poucos anos de emancipação, sendo elevado a esta categoria em 1953. Está situado no sul de Minas Gerais, na região da Serra da Mantiqueira, a margem do Rio Preto, que divide os estados do Rio de Janeiro e Minas Gerais. Sua área é de 246 quilômetros quadrados. A agropecuária é a base da sua economia, sendo o plantio de milho predominante na sua produção agrícola e a criação de gado leiteiro o destaque no setor pecuário (PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSA VINTE, 2020).

Apresenta Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,648, que o classifica como médio. Considerando o IDHM de todos os municípios do estado Passa Vinte encontra-se na 556ª posição, empatado com outros nove municípios que possuem o mesmo índice (Cabeceira Grande, Capela Nova, Carlos Chagas, Felixlândia, Frei Inocência, Morro da Garça, Rio Manso, Santa Maria de Itabira, São João do Oriente) (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

### 1.2 O sistema municipal de saúde

A Estratégia Saúde da Família Viver é Bem Melhor é a porta de entrada para todos os usuários, com acesso facilitado e de forma humanizada, e existe um acompanhamento contínuo e permanente em todo o ciclo vital, integrando promoção, prevenção, assistência e reabilitação, promovendo acesso aos diferentes níveis de atenção.

Trabalhamos com muita dedicação com objetivo de responder à maioria das necessidades da população e com coordenação da atenção integral à saúde e os fluxos dos usuários dentro do sistema de saúde com enfoque a alcançarmos primeiramente um estado de bem-estar físico, mental e social, com promoção e prevenção à saúde da nossa população e como também as metas pactuadas e o cumprimento do modelo de rede preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Vale ressaltar que temos uma rede de serviços bem articulada entre os níveis de assistência de referência e contra referência, contamos também com cotas para

continuação de tratamento que demandam acompanhamentos com especialistas, através de agendamentos de consultas pelo Sistema Regulação (SISREG) e Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra (ACISPES), promovendo a saúde e respeitando os princípios do SUS.

E procuramos sempre oferecer coordenação da atenção com qualidade mantendo informações de cada usuário no sistema de saúde com cadastro atualizado de toda família adscrita, podendo assim, manter uma responsabilização pela oferta de serviços tanto em nível municipal ou fora dele se houver necessidade, conforme o protocolo de tratamento fora do domicílio (TFD).

O trabalho da ESF Viver é Bem Melhor é elemento chave e primordial para a busca permanente de comunicação e troca de experiências, conhecimentos, entre os integrantes da equipe, principalmente os agentes comunitários de saúde (ACS) e desses junto à população.

Vale mencionar, que o modelo que vem sendo desenvolvido na unidade de saúde é o de rede de atenção à saúde, no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção, prevenção, reabilitação e a manutenção da saúde.

A organização dos Pontos de Atenção à Saúde é realizada em parceria com outros setores como:

- Secretaria Municipal de Saúde;
- Secretaria Municipal de Educação;
- Centro de Referência à Assistência Social (CRAS);
- Conselho Tutelar;
- Prefeitura Municipal de Passa Vinte;
- Serviço de Segurança Pública;
- Conselho Municipal de Saúde;
- Unidade Básica de Saúde (UBS): que realiza consultas médicas de urgência, procedimentos de enfermagem de urgência e atendimento a assistência ambulatorial especializadas agendados conforme demanda encaminhada, dentre eles: Cardiologista, Psiquiatra, Ginecologista, Pediatra, Geriatra, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Fisioterapeutas,
- Está firmado o convênio com a CISDESTE (Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste - Juiz de Fora/MG) a rede de Urgência e

Emergência (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU), sua sede fica localizada em Bom Jardim de Minas e com ampliação do apoio a outros municípios que fazem parte deste convênio.

- Assistência Hospitalar: Em nosso município não possuímos assistência hospitalar de caráter público ou privado. Os pacientes são encaminhados para a microrregião que é formada pelas seguintes cidades: Bom Jardim de Minas, Lima Duarte, Santa Rita de Jacutinga e Juiz de Fora.
- Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico:
  - Laboratório: nesta gestão contamos o laboratório de Análise Clínica Santa Mônica, onde são realizados coleta dos hemoderivados com posterior entrega dos resultados ao município; os exames laboratoriais tem cota para o SUS e como também os da rede privada e particulares.
  - Assistência Farmacêutica: A farmácia é totalmente centrada no município a aquisição e a distribuição de medicamentos básicos. O município é gestor do recurso tripartite o que se refere à gestão de recurso para assistência farmacêutica dos medicamentos.

Passa Vinte mantém convênios com outros municípios que são limítrofes para agilizar os atendimentos mais complexos, pois muitas vezes não há tempo hábil para chegar em nossas referências, e com isso temos convênio com a Maternidade APMIR (Associação de Proteção à Maternidade e Infância de Resende), situada no município de Resende/RJ.

O município de Passa Vinte/MG, é uma cidade limítrofe com o estado do Rio de Janeiro. Se houvesse uma pactuação interestadual para os atendimentos e serviços secundários, terciários e exames complementares de média e alta complexibilidade tornara mais fácil o acesso e a assistência especializada dos nossos munícipes, principalmente agora com a realização do asfalto que liga as cidades limítrofes do estado do Rio de Janeiro com Passa Vinte.

### 1.3 Aspectos da comunidade

A população da cidade segundo dados do último Censo do IBGE em 2010 era de 2.079 habitantes (IBGE, 2010).

Em 2010, a taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais era de 13,3%. O saneamento básico apresenta 59,3% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 62,2% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 54,9% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2010).

Dados do Censo Demográfico de 2010, revelaram que o fornecimento de energia elétrica estava presente praticamente em todos os domicílios. A coleta de lixo atendia 72,8% dos domicílios. Quanto à cobertura da rede de abastecimento de água o acesso estava presente em 62,8% dos domicílios particulares permanentes (IBGE, 2010).

No aspecto socioeconômico, o comércio e a Administração Pública representam as maiores fontes de emprego. A renda da população é predominantemente baixa, a maioria vive com salário mínimo. Em 2018, o salário médio mensal era de 1,6 salários mínimos, cuja a renda mensal familiar não ultrapassava a metade do salário mínimo por pessoa (IBGE, 2018). O PIB per capita em 2018 foi R\$ 15.885,05 (IBGE, 2018).

E quanto ao lazer o município de Passa Vinte conta com duas quadras poliesportivas, tendo sido reformadas recentemente, sendo uma delas coberta, um campo de futebol, escolinha de futebol, uma academia pública ao ar livre. Conta com um projeto com preparador físico cujo público-alvo são crianças, adolescentes e a terceira idade e é intitulado como MEXA-SE. Contamos com uma pessoa que ministra aulas de violão para toda a comunidade, que funciona na sede do CRAS e outros instrumentos, temos praça de alimentação e um clube (Associação Recreativa Cismei Branco), uma academia privada.



**Figura 1 - Mapa Inteligente da Área de Abrangência da ESF Viver é Bem Melhor, Passa Vinte – MG.**



Autoria: ESF Viver é Bem Melhor (2020)

O Quadro 1 apresenta o perfil da população adscrita da ESF Viver é Bem Melhor:

**Quadro 1 - Distribuição da população adscrita pela ESF Viver é Bem Melhor, Passa Vinte – MG, por faixa etária e sexo:**

| Faixa Etária (em anos) | Masculino   | Feminino   | Total       |
|------------------------|-------------|------------|-------------|
| 0-4                    | 60          | 54         | 114         |
| 0-5                    | 81          | 62         | 143         |
| 10-14                  | 87          | 90         | 177         |
| 15-19                  | 93          | 103        | 196         |
| 20-29                  | 149         | 116        | 265         |
| 30-39                  | 144         | 143        | 287         |
| 40-49                  | 189         | 154        | 343         |
| 50-59                  | 125         | 99         | 224         |
| 60-69                  | 86          | 79         | 165         |
| 70-79                  | 52          | 54         | 106         |
| 80 +                   | 21          | 26         | 47          |
| <b>Total</b>           | <b>1087</b> | <b>980</b> | <b>2067</b> |

Fonte: Cadastro dos ACS

O Quadro 2 demonstra o perfil epidemiológico da população adscrita da área de abrangência da ESF Viver é Bem Melhor:

**Quadro 2 - Distribuição da população adscrita pela ESF Viver é Bem Melhor, Passa Vinte – MG, por condições de saúde selecionadas:**

| <b>Condições de Saúde</b>  | <b>Quantitativo (Nº)</b> |
|--|--------------------------|
| Gestantes  | 8                        |
| Hipertensos  | 436                      |
| Diabéticos   | 110                      |
| Pessoas com doenças respiratórias (Asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, Enfisema, outras) | 20                       |
| Pessoas que tiveram AVC (acidente vascular cerebral)   | 20                       |
| Pessoas que tiveram IAM (infarto agudo do miocárdio)   | 15                       |
| Pessoas com doença cardíacas   | 10                       |
| Pessoas com doença renal (Insuficiência renal, outras)   | 5                        |
| Pessoas com câncer   | 13                       |
| Pessoas com sofrimento mental  | 30                       |
| Acamados   | 10                       |
| Fumantes   | 300                      |
| Pessoas que fazem uso de álcool  | 100                      |
| Usuários de drogas ilícitas  | 5                        |

Fonte: cadastro dos ACS

A tabela abaixo demonstra as causas de internação mais frequentes da população adscrita da ESF Viver é Bem Melhor no ano de 2019.

**Tabela 1 - Distribuição das internações hospitalares da população adscrita pela ESF Viver é Bem Melhor, Passa Vinte – MG, por capítulos da CID – 10.**

| <b>Internações por capítulo CID – 10</b>              | <b>Total</b> |
|---|--------------|
| Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 2            |
| Capítulo II Neoplasias [tumores]                      | 1            |

|  |    |
|--|----|
| Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários                             | 1  |
| Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas   | 3  |
| Capítulo VI Doenças do sistema nervoso   | 3  |
| Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório   | 26 |
| Capítulo X Doenças do aparelho respiratório  | 2  |
| Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo  | 13 |
| Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo   | 2  |
| Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário   | 6  |
| Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério  | 8  |
| Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal  | 1  |
| Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas  | 1  |
| Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte | 1  |
| Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas                                     | 7  |
| Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde                              | 1  |

---

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Tabnet/SIH - 2019)

– Acesso em: 05 Dez. 2020.

#### 1.4 A Unidade Básica de Saúde Viver é Bem Melhor

A Estratégia Saúde da Família “Viver é Bem Melhor” e a UBS se localizam no centro da cidade, sendo que há áreas de abrangência muito distantes da unidade, o que dificulta o atendimento dos usuários residentes nesta localidade, apesar de ser ofertado o transporte, vale explicitar que ainda há dificuldade ao acesso a atenção à saúde.

A logística é realizada pelo setor de transporte que atende toda a comunidade urbana e com atenção especial a comunidade da zona rural, e preconizam também o transporte para as referências e contra referências especializadas e os tratamentos fora do município.

A implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) ocorreu em 22/07/1998, data de sua inauguração, estando em funcionamento há 21 anos prestando assistência e cuidado humanizado à população passavintense. A UBS foi inaugurada em março de 1978, sendo reformada, ampliada e reinaugurada em agosto de 2007.

A ESF funciona em uma casa adaptada, patrimônio que não pode proceder ampliação, tendo que manter a estrutura padrão do imóvel. A casa é antiga, em regular estado de conservação. Sua área pode ser considerada inadequada considerando a demanda atendida (2.069 pessoas). O espaço físico é inadequado para atender a demanda da população e da equipe, vale ressaltar que a UBS compartilha diversos espaços físicos de sua planta para possibilitar a continuidade do nosso trabalho, como recepção, consultório de ginecologia, consultório odontológico, sala de imunização, banheiro sanitário tanto para os usuários como para os funcionários. Não existe espaço e nem cadeiras para todos. O planejamento do serviço é direcionado em concordância com a UBS, devido a insuficiência de espaço físico. As reuniões e algumas ações de grupos são realizadas na sala dos Agentes Comunitários de Saúde. E demais ações grupais, que abrangem número maior de pessoas são realizadas na tenda municipal, anexo à prefeitura e a praça do centro da cidade.

Todos os ACS possuem sob sua responsabilidade em média 140 famílias cadastradas em sua microárea, as quais recebem de uma a duas visitas domiciliares mensalmente (dependendo das condições de vulnerabilidade encontrada).

### 1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde “Viver é Bem Melhor”

A equipe é formada pelos seguintes profissionais: uma médica, uma enfermeira, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), uma auxiliar de enfermagem, uma cirurgiã-dentista, uma auxiliar de saúde bucal, dois agentes de combate à endemias (ACE), um motorista para condução do carro destinado para realização de visitas domiciliares.

## 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe

A Unidade de Saúde Estratégia da Família Viver é Bem Melhor funciona das 8:00 às 17:00 horas de segunda à sexta-feira. E a UBS tem funcionamento diário, com atenção à população nas 24 horas, sendo o horário distribuído da seguinte forma: após às 19 horas, a unidade fica sob a responsabilidade do enfermeiro plantonista de 24 horas, e sistema sobreaviso para o médico, técnico de enfermagem e motorista da ambulância e carros da saúde, inclusive aos sábados, domingos e feriados. O enfermeiro plantonista 24 horas tem sob sua responsabilidade um telefone para acionar os profissionais/equipe quando necessário.

A equipe é bem aceita pela população e tem bom *feedback* no que se refere aos serviços prestados pela unidade e os ACS e a equipe como um todo, realizam uma ampla cobertura em vigilância sanitária e epidemiológica na área de abrangência urbana e rural, fazemos uma ressalva em relação aos períodos chuvosos em que o atendimento fica prejudicado devido ao acesso. Os ACS têm a responsabilidade de exercer a comunicação entre a unidade de saúde e o usuário, transmitindo as informações, orientações e direcionamento do processo de trabalho em saúde.

## 1.7 O dia a dia da equipe

O processo de trabalho da equipe Viver é Bem Melhor está programado com realização de visitas domiciliares de segunda à sexta-feira pelos agentes comunitários de saúde. A médica realiza visitas domiciliares às sextas-feiras, no período da manhã e conforme solicitação da comunidade aos integrantes da equipe e a secretária de saúde; a enfermeira conforme sua disponibilidade. As demais atividades e procedimentos previstos seguem o cronograma com atendimento realizado semanalmente, em que o atendimento dos profissionais é realizado através de consultas às demandas espontâneas e agendadas conforme a classificação de prioridade dimensionada pelo fluxograma, as consultas agendadas são disponibilizadas para os hipertensos, diabéticos, gestantes, puericultura, prevenção do câncer de colo uterino e mama, prevenção do câncer de próstata, etc.

A equipe ainda desenvolve ações voltadas para todos os segmentos como: reunião mensal na tenda municipal para monitoramento e controle da pressão arterial,

glicemia capilar, contamos com a presença de aproximadamente 80 participantes da comunidade, grupos de gestantes, grupo da terceira idade com parceria com o CRAS, escovação com a equipe de saúde bucal nas escolas, grupo de tabagistas, e também grupos e acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família. E ainda temos o Programa Saúde na Escola, que trabalhamos com ministração de palestras pela equipe, com a participação da equipe multidisciplinar de saúde e evento de orientação na sala de espera de alguma ocorrência que aparecer fora do calendário programado como casos de conjuntivite, síndrome de mão, pé e boca.

O atendimento aos usuários ocorre mediante agendamento semanal e mensal. Os usuários procuram o serviço de saúde, em todo o período de funcionamento com diversas demandas como: atendimento para consultas e procedimentos programados e agendados, para renovação de receita, transcrição de receitas e exames de atendimentos particulares para o SUS, solicitação de atestado médico para perícia médica no INSS e outros fins, atendimento imediato de urgência. Após o acolhimento na porta de entrada, o usuário é encaminhado conforme o fluxo de classificação de risco, sendo triado pela equipe de enfermagem, e o atendimento é direcionado conforme sua necessidade, sendo atendido no mesmo dia ou agendado para demanda programada ou espontânea. As demais atividades mencionadas acima, também são realizadas conforme o cronograma de programação semanal, que é coordenado pela enfermeira e com intervenções da secretária de saúde e com ajustes quando necessário nas reuniões de equipe e individualmente.

As avaliações das ações executadas são feitas pela equipe esporadicamente e encaminhadas a superintendência de saúde em Juiz de Fora pela enfermeira coordenadora.

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

Após uma avaliação realizada com envolvimento e participação de toda equipe da Estratégia Saúde da Família Viver é Bem Melhor - Passa Vinte/MG, foi possível identificar que algumas melhorias são necessárias tanto estruturalmente em relação à planta física e como também em relação a abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Vale ressaltar, que apesar de pouco tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família Viver é Bem Melhor, pode-se perceber e visualizar

algumas dificuldades e problemas que necessitam de melhorias, mas esta avaliação mais fidedigna foi mediante a colaboração e participação da equipe, este envolvimento foi imprescindível para o levantamento dos problemas mais críticos dentro do nosso setor, onde concluímos que há diversos problemas e nós críticos que devem ser enfrentados, dentre eles:

- Alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS).
- Elevado número de diabéticos.
- Grande quantidade de pacientes Dislipidêmicos.
- Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos.
- Consumo excessivo de tabaco, principal o fumo de rolo ou palheiro.
- Alto índice de obesidade e sedentarismo.
- Etilismo.
- Dificuldades de adesão ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso.

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

O quadro 3, apresenta a classificação dos problemas identificados no item 1.8, tendo em conta os valores de baixo, médio e alto em relação aos três critérios fundamentais:

- 1 - Importância do problema;
- 2 - Urgência;
- 3 - Capacidade de enfrentamento pela equipe.

Através destes parâmetros, foi realizado a priorização dos problemas.

#### **Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde de Passa Vinte, Unidade Básica de Saúde Viver é Bem Melhor, município de Passa Vinte, estado de Minas Gerais:**

| Problemas | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento*** | Seleção/Priorização**** |
|-----------|--------------|------------|--------------------------------|-------------------------|
|           |              |            |                                |                         |

|  |      |   |         |   |
|--|------|---|---------|---|
| Alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) | Alto | 6 | Parcial | 1 |
| Elevado número de diabéticos   | Alto | 5 | Parcial | 2 |
| Dificuldades de adesão ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso | Alto | 4 | Parcial | 3 |
| Alto índice de obesidade e sedentarismo.                               | Alto | 4 | Parcial | 4 |
| Grande quantidade de pacientes Dislipidêmicos.                         | Alto | 3 | Parcial | 4 |
| Etilismo.  | Alto | 3 | Parcial | 5 |
| Consumo excessivo de tabaco, principal o fumo de rolo ou palheiro.     | Alto | 3 | Parcial | 5 |
| Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos.                  | Alto | 2 | Parcial | 6 |

Fonte:

\*Alta, média ou baixa

\*\* Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

A hipertensão arterial tem causas multifatoriais, latência crônica com evolução lenta e assintomática na maioria das pessoas. Devido à esta factível realidade tem se observado que grande parte dos portadores desta patologia, não realiza o controle e a adesão aos tratamentos não medicamentoso e medicamentoso.

Vale ressaltar, que a permanência de níveis pressóricos elevados, constitui fator de risco para as complicações em médio e longo prazo, o que certamente significa que os profissionais que atuam na ESF, precisam intensificar o controle da pressão arterial da população.



## 2 JUSTIFICATIVA

Este plano de intervenção tem relevância no âmbito da saúde pública por se tratar de um problema grave, frequente, e que vem a cada ano apresentando um número mais elevado de pessoas acometidas por esta doença crônica não transmissível, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Vale mencionar, que na atualidade a Atenção Básica (AB) tem um papel fundamental e permanece sendo a porta de entrada ao serviço de saúde, atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, mesmo diante as dificuldades setorial e gestora. Vale ressaltar, que este contexto, vem sendo um desafio para o SUS.

A hipertensão arterial sistêmica representa um grave problema de saúde no Brasil, não só pela alta prevalência na população, mas também pela alta proporção de hipertensos não diagnosticados e não tratados adequadamente, ou pelo alto índice de não adesão ao tratamento (BARROSO et al., 2020).

Não podemos deixar de frisar que esse problema de saúde é um verdadeiro desafio para o sistema de saúde, pois essas condições exigem intervenção imediata e acompanhamento contínuo devido à alta prevalência com exacerbação dos fatores de riscos de doenças cardiovasculares que podem levar ao grau elevado de incapacidade e deficiência física.

Hoje, o que almejamos é uma atenção qualificada e investimento no campo da saúde pública na promoção e prevenção, pois precisamos de profissionais de saúde para enfrentar esse desafio e como também serem participantes ativos das mudanças no campo da saúde, tendo em vista a melhoria da assistência à saúde da população.

Como a HAS exige tratamento para a vida toda, este trabalho justifica-se como forma de buscar um melhor controle dos hipertensos e com isso reduzir possíveis complicações cardiovasculares.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um projeto de intervenção para prevenção, controle e redução da alta prevalência da HAS entre os pacientes acompanhados pela ESF Viver é Bem Melhor do município de Passa Vinte-MG.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Propor um conjunto de ações para serem desenvolvidas pela equipe com participação da comunidade e em parceria com os demais serviços de saúde para aumentar o nível de informação da população sobre: a HAS, os riscos das doenças crônicas e os riscos cardiovasculares, que podem ocorrer devido a inadequada adesão da terapêutica não medicamentosa e medicamentosa.
- Realizar avaliação e monitoramento do plano de ação implementado pela ESF, para a prevenção, controle e redução dos níveis pressóricos da população área adscrita, como também: as mudanças de estilo e hábito de vida e o processo de trabalho da equipe.

#### 4 METODOLOGIA

Foi realizado inicialmente o diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Viver é Bem Melhor, com o objetivo de identificar os principais problemas / nós críticos. Para definir planos de intervenções foi utilizado o Método da Estimativa Rápida para levantar os problemas existentes no território da unidade básica de saúde e sua relevância de acordo com o grau de governança que a equipe tem sobre os mesmos (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Foi também utilizado Planejamento Estratégico Situacional (PES) para classificar e priorizar os problemas identificados no diagnóstico situacional e definir o problema prioritário que foi a alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS), com uso inadequado da terapêutica não medicamentosa e medicamentosa, sobre o qual será elaborado o plano de intervenção/plano de ação do problema prioritário de acordo com o proposto por Faria, Campos e Santos (2018).

Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde e do Nescon e documentos de órgãos públicos (Ministérios, Secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica, tais como as bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A busca de artigos nas bases de dados se faz com o uso dos seguintes descritores: hipertensão arterial, estilo de vida e hábito não saudável, educação em saúde, processo de trabalho, estratégia saúde da família, atenção primária à saúde.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 A Atenção Primária à Saúde no Brasil

De acordo com a definição do Ministério da Saúde a Atenção Primária à Saúde:

É o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2020a, s.p.).

É a principal porta de entrada do serviço de saúde pública e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), devendo-se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade e como também manter e prestar atenção integral de qualidade e resolutiva, que atenda às necessidades reais da população adscrita de responsabilidade de cada território, tendo em vista a realidade da situação epidemiológica e demográfica (BRASIL, 2017).

No Brasil a APS é definida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em sua última revisão publicada em 2017. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a modalidade prioritária de organização da APS para sua expansão e consolidação (BRASIL, 2017).

A APS tem o papel de ordenar as demandas de saúde da população de acordo com o seu grau de complexidade, coordenando as redes de saúde e direcionando os usuários de acordo com as suas necessidades (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020).

Para cumprir esse papel de ordenadora do sistema a APS lança mão de tecnologias do cuidado em saúde. Por sua vez, tecnologia do cuidado em saúde é “tudo o que é utilizado como instrumento para levar cuidado a outras pessoas” (KOERICH et al., 2006, p. 179). Nessa perspectiva, os próprios profissionais podem ser vistos como tecnologia em suas interações e intervenções. Os saberes do profissional, bem como suas relações com os usuários e as formas de operacionalizar o cuidado são tecnologias do cuidado em saúde (KOERICH et al., 2006).

As tecnologias utilizadas no processo de trabalho da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) vão desde as leves, passando pelas leve-duras, até as duras. De acordo com Merhy (1997) citado por Grabois (2011, p. 155):

A leve refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. A leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo. A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

O Ministério da Saúde (2020) ressalta que a APS no Brasil se caracteriza pelo seu funcionamento próximo de onde as pessoas vivem, sendo caracterizada por forte descentralização e grande dispersão no território.

Nesse sentido, outra estratégia básica está relacionada aos atributos e papéis da APS, o que significa que sete atributos e três papéis muito importantes devem ser exercidos para que a qualidade dos serviços prestados seja verdadeiramente garantida. São atributos da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. Quando esses sete atributos são totalmente implementados, a qualidade dos serviços melhora, permitindo o melhor acesso da população ao serviço, com cuidado contínuo e integral, preocupações com a família, orientação comunitária e habilidade cultural (MENDES, 2015).

E dentre estes setes atributos, destaca-se o atributo da competência cultural, que é de extrema importância para que se consiga a adesão e o vínculo da população ao serviço. Segundo Starfield (2002) citada por Mendes (2015, p.34) “a competência cultural convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias”.

Os papéis fundamentais da APS são: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. Nesses papéis estão circunscritas as principais funções da APS, a qual deve ser capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da sua população adscrita, além de ser o ponto central da comunicação das redes de atenção à saúde e de se responsabilizar pelo cuidado dos usuários com os quais se relaciona (MENDES, 2015).

Em resumo, respeitando os saberes, crenças da comunidade local e juntamente a essas informações articular e implementar projetos, ações e planos de

prevenção e terapêuticos, dessa forma, garantindo a vinculação, longitudinalidade, integralidade da assistência e o cuidado à saúde com qualidade.

## 5.2 Definindo a Hipertensão Arterial Sistêmica

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020:

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) definida por níveis pressóricos, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ou medicamentoso) superam os riscos. Trata-se de uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais[...], caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva (BARROSO et al., 2020, p.13)

Geralmente está relacionada a distúrbios metabólicos, alterações na função e/ou nas estruturas dos sistemas (cerebral, cardíaco, renal) e é exacerbado por outros fatores de riscos como hipercolesterolemia, excesso de peso, intolerância insulínica, diabetes, tabagismo, alcoolismo, falta de exercício físico. E mediante a presença desses fatores de riscos, aumenta a probabilidade do desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) fatais e não fatais, porém podem levar a sequelas com limitação e/ou perda da capacidade funcional (BARROSO et al., 2020).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima-se que cerca de 1 bilhão de pessoas no mundo todo sejam portadoras de hipertensão, correspondendo a 30% da população adulta mundial. Além do fato de ser um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, a OMS ressalta que em torno de 50% das pessoas que têm hipertensão não estão cientes do diagnóstico, fazendo com que elas estejam em maior risco de desenvolverem condições associadas à hipertensão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

De acordo com estudo publicado em 2018 que utilizou os dados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 a prevalência da hipertensão arterial no Brasil era de 21,4% tendo como referência o critério autorreferido, de 22,8% usando o critério de hipertensão arterial medida e ainda 32,3% considerando-se a hipertensão arterial medida e/ou relato de uso de medicação. Entre as mulheres a maior prevalência de hipertensão foi para o critério autorreferido (24,2%), enquanto para os homens houve maior prevalência no critério hipertensão arterial medida (25,8%) (MALTA et al., 2018).

Barroso et al. (2020), utilizando dados do DATASUS, relataram que em 2017 foram registrados 1.312.663 óbitos no país, dos quais as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 27,3%. Essas doenças corresponderam a 22,6% das mortes prematuras no país, ou seja, aquelas ocorridas na faixa etária entre 30 e 69 anos. No período que compreende os anos de 2008 a 2017 cerca de 667.184 pessoas morreram em decorrência de HAS no Brasil.

E diante da situação acima descrita é importante a introdução de uma conduta e terapêutica adequada. Para isso faz-se necessário que a equipe multidisciplinar realize uma triagem minuciosa para o diagnóstico precoce da doença e como também considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis pressóricos sistólico e diastólico, os fatores de risco cardiovascular global estimado pelos fatores de riscos derivados pela presença de lesões em órgãos alvos (LOA) e comorbidades prévias associadas (BARROSO et al., 2020).

E as ferramentas úteis para auxiliar na avaliação e rastreamento do paciente são: medição da pressão arterial (PA) no consultório e/ou em outro ambiente fora do consultório com utilização de técnica e equipamento adequado, é fundamental realizar anamnese detalhada, exame físico, investigação clínica e laboratorial, com acompanhamento agendado conforme a classificação da hipertensão e o risco cardiovascular apresentado pelo paciente (BARROSO et al., 2020).

Embora as ações de prevenção da Hipertensão Arterial tenham aumentado nos últimos anos, ainda tem sido insuficientes para reduzir a tendência à mortalidade da população, evidenciado através dos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS/ Ministério da Saúde (SIH/SUS, 2019) e de dados epidemiológicos mencionados em diversos estudos, em que demonstrou-se um índice elevado de internações por doenças cardiovasculares, levando aos maiores custos e gastos em saúde e aumento nas taxas de morbidade e mortalidade do país (BARROSO et al., 2020).

Um fator importante citado em diversos estudos sobre o tratamento de pacientes hipertensos refere-se à adesão ao tratamento. Segundo Magnabosco (2015) a adesão ao tratamento refere-se ao comportamento do paciente em acatar as orientações prescritas, sejam elas farmacológicas ou não. A autora cita ainda que a adesão ao tratamento não é uma medida dicotômica, mas sim uma medida contínua, em que o paciente pode ser classificado segundo o seu grau de adesão.

Para compreender a adesão ou não do paciente ao tratamento prescrito é preciso entender que há uma dinâmica complexa envolvida nessa relação, que inclui “necessidades do paciente, questões estruturais dos serviços de saúde, crenças, hábitos de vida, percepção da seriedade do problema, cronicidade da doença, conceito saúde-doença, autoestima” (SILVA, AZEVEDO, NOBRE; 2016, p. 2020).

De acordo com Lessa (2006) além do impacto sobre o próprio paciente em razão da não adesão ao tratamento também há que se destacar o impacto para a família, a sociedade, para os sistemas de saúde e previdência social. A longo prazo a adesão ao tratamento será percebida pela redução da prevalência de comorbidades associadas à hipertensão e a mortalidade por doenças cardiovasculares. Girotto et al. (2013) e Gewehr et al. (2018) concordam que um dos maiores desafios para controlar e evitar as complicações da HAS, ainda se deve a não adesão ao tratamento.

O tratamento da HAS inclui ações medicamentosas e não medicamentosas. Entre as ações não medicamentosas podem ser incluídas: “redução do consumo de álcool, o controle da obesidade, a dieta equilibrada, a prática regular de atividade física e a cessação do tabaco” (OLIVEIRA et al., 2013, p.180). Vale mencionar que a adesão a comportamentos saudáveis como os citados anteriormente ajuda a reduzir os níveis pressóricos, favorecendo a prevenção de complicações.

### 5.3 Abordando a hipertensão na Atenção Primária à Saúde

A Estratégia Saúde da Família (ESF), vigente no Brasil há 27 anos, visa à reorganização da Atenção Básica (AB) no país, com a instituição de um modelo de atenção à saúde mais voltado mais as comunidades, de forma descentralizada. Dois importantes recursos que favorecem a criação de uma relação duradoura entre as equipes da ESF e os usuários são o acolhimento e o vínculo (GIRÃO, FREITAS; 2016; RÊGO, RADOVANOVIC; 2018).

Corroborando este entendimento o Ministério da Saúde indica que a ESF:

[...] visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2020b, s.p.).



Vale mencionar que houve uma mudança de paradigma com a implantação da ESF, resultando em ampliação da assistência, com ênfase no desenvolvimento de ações de prevenção, rastreamento, monitoramento, reabilitação e longitudinalidade do cuidado ao indivíduo extensivo aos seus familiares e coletividade, realizado pela equipe da Atenção Primária à Saúde (GIOVANELLA, FRANCO, ALMEIDA, 2020).

E em relação ao tratamento podemos dizer que houve um grande avanço na perspectiva da assistência, cuidado e acompanhamento do usuário na Rede de Atenção à Saúde, comparado ao paradigma da assistência anteriormente estabelecida e prestada através do modelo hegemônico médico-hospitalocêntrico, onde a população possuía acesso restrito ao serviço de saúde (GIOVANELLA, FRANCO, ALMEIDA, 2020).

Neste sentido, Girão e Freitas (2016) indicam que a ESF vem seguindo uma linha de cuidado na perspectiva de evolução do modelo assistencial de atenção à saúde, desmistificando o modelo hegemônico hospitalocêntrico, e vem crescentemente demonstrando e se empoderando de seu papel organizador e coordenador dos fluxos, embasados no modelo assistencial preventivo e resolutivo, de qualidade e com longitudinalidade do processo de assistência, continuação do cuidado e atenção à saúde mais próxima das comunidades, mantendo sua posição como porta de entrada do serviço de saúde pública e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

E neste contexto, é notável a importância da ESF e sua relevância na intervenção sobre o estilo de vida da população sob sua responsabilidade. Barreto et al. (2018) destacam os resultados de estudos que indicaram que pacientes acompanhados na APS tiveram melhor controle pressórico e maior adesão aos tratamentos farmacológico e não farmacológico.

E neste sentido, Rêgo e Radovanovic (2018) ressaltam que a adesão aos tratamentos prescritos é consequência da criação do vínculo entre profissionais e usuários, o qual permite que se estabeleçam relações baseadas em empatia, proporcionando o diálogo e garantindo a escuta.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS), com uso inadequado da terapêutica medicamentosa” 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 quadros 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). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018)

### 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O problema escolhido de comum acordo com a equipe para o desenvolvimento do plano de ação foi a alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS), com uso inadequado da terapêutica medicamentosa. Dos 2.069 moradores da área de abrangência, 436 (21%) são portadores HAS.

Vale mencionar e enfatizar que a maioria desta população tem um estilo de vida não saudável, que levam a fatores de riscos, propiciando eventos cardiovasculares, dentre eles: sedentarismo, obesidade, tabagismo, etilismo, hábito alimentar inadequado com dieta rica em carboidrato, gordura. Para descrição do problema utilizou-se dados produzidos pela equipe após realização do diagnóstico situacional e através do e-SUS.

#### **Quadro 4 - Descrição do problema “Alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS), realizando de forma irregular o uso da terapêutica medicamentosa” em Passa Vinte-MG**

| <b>Descrição</b>        | <b>Valores</b> | <b>Fontes</b>         |
|-------------------------|----------------|-----------------------|
| Hipertensos esperados   | 209            | Dados epidemiológicos |
| Hipertensos cadastrados | 436            | e-SUS                 |

|   |     |                       |
|---|-----|-----------------------|
| Hipertensos confirmados                     | 400 | Registro da equipe    |
| Hipertensos acompanhados conforme protocolo | 350 | Registro da equipe    |
| Hipertensos controlados                     | 250 | Registro da equipe    |
| Diabéticos esperados                        | 200 | Dados epidemiológicos |
| Diabéticos cadastrados                      | 110 | e-SUS                 |
| Diabéticos confirmados                      | 100 | Registro da equipe    |
| Diabéticos acompanhados conforme protocolo  | 89  | Registro da equipe    |
| Diabéticos controlados                      | 60  | Registro da equipe    |
| Portadores de dislipidemia                  | 150 | Registro da equipe    |
| Sobrepeso e obesidade                       | 100 | Registro da equipe    |
| Tabagistas                                  | 300 | Registro da equipe    |
| Sedentários                                 | 500 | Registro da equipe    |
| Alcoolismo                                  | 100 | Registro da equipe    |
| Complicações de problemas cardiovasculares  | 45  | Registro da equipe    |
| Internações por causas cardiovasculares     | 11  | DATASUS               |
| Óbitos por causas cardiovasculares          | 5   | DATASUS               |

Fonte: autoria da equipe, levantamento realizado pelos ACS (2020)

## 6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível relacionada a distúrbios metabólicos, alterações na função e/ou nas estruturas dos sistemas (cerebral, cardíaco, renal) e é exacerbada por outros fatores de riscos como hipercolesterolemia, excesso de peso, intolerância insulínica, diabetes, tabagismo, alcoolismo, falta de exercício físico. E mediante a presença desses fatores de riscos, aumenta a probabilidade do desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) fatais e não fatais, porém podem levar a sequelas com limitação e/ou perda da capacidade funcional (BARROSO et al., 2020).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima-se que 30% da população adulta mundial seja portadora de hipertensão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 indicavam que a prevalência da hipertensão arterial no Brasil era de 21,4% tendo como referência o critério autorreferido, de 22,8% usando o critério de hipertensão arterial medida e ainda 32,3% considerando-se a hipertensão arterial medida e/ou relato de uso de medicação (MALTA et al., 2018).

Dentre os fatores de riscos, as possíveis causas observadas entre os moradores da área de abrangência da ESF Viver é Bem Melhor, levantados após a realização da estratificação dos problemas identificados, classificados e priorizados pela equipe, foi possível dividir os problemas em causas relacionadas ao paciente e causas relacionadas ao processo de trabalho da equipe, dentre eles:

- Relacionadas ao paciente: idade, baixo nível de instrução escolar, dificuldade de aceitar e realizar as mudanças no estilo de vida não saudável como (tabagismo, etilismo, obesidade, sedentarismo, maus hábitos alimentares, etc.), dificuldade de adesão ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso.
- Relacionadas ao processo de trabalho da equipe: dificuldade de acesso para continuação do cuidado aos pacientes residentes na área rural; falta de mecanismo para realizar outras atividades de promoção e prevenção de doenças e seus agravos, evidenciado pela falta de recursos materiais e financeiro; processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar os problemas, afetando a qualidade do cuidado e assistência.

### **6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)**

Foram selecionados os seguintes nós críticos relacionados à alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS), entre a população adscrita da área de abrangência da ESF Viver é Bem Melhor, dentre eles:

- Estilo e hábito de vida não saudável da população;
- Baixo nível de conhecimento da população sobre a hipertensão arterial;

- Fatores carências e culturais que prejudicam e dificultam a adesão ao tratamento;
- Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar os problemas, afetando a qualidade do cuidado e da assistência à Saúde da população.

**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 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Viver é Bem Melhor, do município Passa Vinte, estado de Minas Gerais**

|   |   |
|---|---|
| <b>Nó crítico 1</b>                                       | Baixo nível de conhecimento sobre a HAS   |
| <b>6º passo: operação</b><br>(operações)                  | Aumentar o nível de informação da população sobre: a HAS, a diabetes mellitus, os riscos das doenças crônicas e os riscos cardiovasculares.   |
| <b>6º passo: projeto</b>                                  | Mais informação é cuidado e saúde.  |
| <b>6º passo: resultados esperados</b>                     | População mais informada e conscientes sobre a HAS; participação ativa em seu auto cuidado elevando seu melhor estado de saúde com adesão ao tratamento; melhor controle dos perfis pressóricos; comparecimento as consultas agendadas para manutenção do controle.   |
| <b>6º passo: produtos esperados</b>                       | Melhor desempenho do grupo operativo através de campanhas educativas, com realização de palestras em segmentos sociais com apoio e divulgação do projeto pelos parceiros sociais, reuniões grupais e em sala de espera da ESF, orientações em consultas individuais, conscientizando e esclarecendo dúvidas dos usuários sobre a gravidade da patologia, incentivar a participação nos grupos de mudança do estilo de vida como: MEXA-SE, tabagismo, estimulando e incentivando desta forma o autocuidado e a adesão aos tratamentos não medicamentoso e medicamentoso, conscientizando a importância do uso adequado da terapia medicamentosa. |
| <b>6º passo: recursos necessários</b>                     | Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação, enfrentamento e metodológicas.<br><br>Financeiro: financiamento de recursos materiais para aquisição de recursos como panfletos, cartazes, materiais audiovisuais e para a inserção de outras técnicas operacionais de incentivo e manutenção da saúde.<br><br>Político: parceria e articulação intersetorial e multiprofissional como saúde, educação, outros serviços de saúde e mobilização social.  |
| <b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b> | Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação.<br><br>Político: articulação intersetorial e multiprofissional: saúde, educação e profissionais de outros setores do serviço de saúde.  |

|  |   |
|--|---|
|  | Financeiro: para aquisição de recursos materiais audiovisuais, aparelho de pressão com as devidas medidas da circunferência do braço.   |
| <b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>   | Responsável: equipe estratégia saúde da família, equipe multiprofissional, secretária de saúde, secretaria de educação.<br>Motivação: favorável.<br>Ações de estímulos: estimular e incentivar a participação e inserção em grupos e projetos de educação em saúde.                 |
| <b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>       | Responsáveis: equipe estratégia saúde da família, equipe multiprofissional, secretária de saúde, secretaria de educação.<br>Prazo: previsão de três meses para o início do projeto, podendo ser prorrogável devido a situação mundial de saúde à pandemia do COVID 19.              |
| <b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b> | O acompanhamento do projeto será feito através de reuniões semanais de equipe e mensais com responsáveis gerais, onde serão avaliados os pontos positivos e negativos do projeto, após revisão, será realizado pelos planejadores e executores a correção dos problemas levantados. |

Fonte: Autoria Própria (2020)

**Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Viver é Bem Melhor, do município Passa Vinte, estado de Minas Gerais**

|  |   |
|--|---|
| <b>Nó crítico 2</b>  | Estilo de vida e hábito não saudável da população   |
| <b>6º passo: operação</b><br>(operações)                             | Aumentar o nível de informação e incentivar a modificação de hábitos alimentares e a prática de atividades físicas por pelo menos três vezes na semana durante 30 minutos a 1 hora.   |
| <b>6º passo: projeto</b>   | Mexa-se.  |
| <b>6º passo: resultados esperados</b>                                | Melhorar a qualidade de vida da população em específico os grupos de riscos portadores de doença crônica não transmissíveis com atenção aos hipertensos, de forma que se preocupem com hábitos e estilo de vida saudável.   |
| <b>6º passo: produtos esperados</b>                                  | Grupos operativos multiprofissional com atividades, palestras sobre os diversos temas relacionados à vida saudável, com incentivo a adesão ao grupo Mexa-se.  |
| <b>6º passo: recursos necessários</b>                                | Cognitivo: informação sobre hábitos e estilo de vida saudáveis.<br><br>Financeiro: aquisição de recursos materiais com recursos audiovisuais e materiais educativos e informativos.<br><br>Político: conseguir apoio dos atores sociais e a mobilização social para a divulgação e incentivo ao projeto, mantendo-os como protagonistas do seu cuidado.   |
| <b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>            | Cognitivo: informação sobre hábitos e estilo de vida saudáveis.<br><br>Político: conseguir apoio dos atores sociais e a mobilização social para a divulgação e incentivo ao projeto, mantendo-os como protagonistas do seu cuidado.<br><br>Financeiro: aquisição de recursos materiais com recursos audiovisuais e materiais educativos e informativos.   |
| <b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b> | Responsável: equipe de saúde estratégia da família, secretaria municipal de saúde, coordenador da atenção básica e voluntários.<br><br>Motivação: favorável.<br><br>Ações de estímulos: apresentação do projeto a todos envolvidos, enfatizando a importância da participação ativa e na manutenção do projeto e incentivo aos atores sociais voluntários que auxiliam na interação saúde e comunidade aumentando a adesão do público alvo. |



|   |   |
|---|---|
| <p><b>9º passo;</b><br/> <b>acompanhamento do plano</b><br/> <b>- responsáveis e prazos</b></p> | <p>Responsável: equipe de saúde estratégia da família, secretaria municipal de saúde, coordenador da atenção básica e voluntários.</p> <p>Prazos: 6 meses para o início do projeto, podendo ser prorrogável devido a pandemia COVID 19.</p>   |
| <p><b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b></p>                   | <p>O acompanhamento do projeto será feito através de reuniões semanais de equipe e mensais com responsáveis gerais, onde serão avaliados os pontos positivos e negativos do projeto, após revisão, será realizado pelos planejadores e executores a correção dos problemas levantados.</p> <p>Participação da população: este momento é importante para saber qual o nível de satisfação do usuário na participação com sugestões de melhoria, isso incentiva e demonstra que o usuário faz parte do projeto de cuidado, estimulando adesão e o vínculo com os profissionais e com o serviço.</p> |

Fonte: Autoria Própria (2020)

**Quadro 7 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Viver é Bem Melhor, do município Passa Vinte, estado de Minas Gerais**

|  |   |
|--|---|
| <b>Nó crítico 3</b>  | Fatores carências e culturais que prejudicam e dificultam a adesão ao tratamento.   |
| <b>6º passo: operação (operações)</b>                                | Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento humanizado da população, com orientações qualificadas respeitando os saberes e crenças da comunidade local.  |
| <b>6º passo: projeto</b>   | Saiba mais.   |
| <b>6º passo: resultados esperados</b>                                | População consciente com participação ativa em seu projeto de cuidado em saúde e adesão ao tratamento.<br>Maior acesso aos serviços de saúde humanizado com garantia de medicamentos padronizados e preconizados pelo Ministério da Saúde.  |
| <b>6º passo: produtos esperados</b>                                  | Recursos humanos capacitados, acolhimento eficaz e manter o estoque adequado da farmácia para a devida dispensação dos medicamentos conforme a prescrição médica e a necessidade do usuário.  |
| <b>6º passo: recursos necessários</b>                                | Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de autocuidado para a prevenção de riscos e agravos para a saúde.<br>Financeiro: aumento da oferta de medicamentos.<br>Político: adesão dos profissionais ao processo de trabalho de conscientização e orientação dos pacientes.  |
| <b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>            | Cognitivo: manter a todos os pacientes um atendimento humanizado e acolhedor de forma integral garantindo o acesso a informação com respeito aos saberes e crenças do usuário local.<br>Político: articulação intersetorial saúde e demais pontos de referência da rede de saúde e participação social.<br>Financeiro: aumento da oferta de medicamentos. |
| <b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b> | Responsável: equipe estratégia saúde da família, secretária municipal de saúde, coordenador da atenção básica, farmacêutico responsável, atores sociais.<br>Motivação: favorável.<br>Ações de estímulos: estimular a participação dos profissionais de saúde juntamente com a população para integração e interação dos saberes científico e locais, como |

|  |  |
|--|--|
|  | incentivo a adesão ao cuidado medicamentoso e não medicamentoso.   |
| <b>9º passo;<br/>acompanhamento do plano<br/>- responsáveis e prazos</b> | Responsável: equipe de saúde estratégia da família, secretaria municipal de saúde, coordenador da atenção básica e voluntários.<br><br>Prazos: 6 meses para o início do projeto, podendo ser prorrogável devido a pandemia COVID 19.   |
| <b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>   | O acompanhamento do projeto será feito através de reuniões semanais de equipe e mensais com responsáveis gerais, onde serão avaliados os pontos positivos e negativos do projeto, após revisão, será realizado pelos planejadores e executores a correção dos problemas levantados.<br><br>Participação da população: este momento é importante para saber qual o nível de satisfação do usuário na participação com sugestões de melhoria, isso incentiva e demonstra que o usuário faz parte do projeto de cuidado, estimulando adesão e o vínculo com os profissionais e com o serviço. |

Fonte: Autoria Própria (2020)

**Quadro 8 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Viver é Bem Melhor, do município Passa Vinte, estado de Minas Gerais**

|  |   |
|--|---|
| <b>Nó crítico 4</b>                      | Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar os problemas, afetando a qualidade do cuidado e da assistência à saúde da população.   |
| <b>6º passo: operação</b><br>(operações) | Melhorar os mecanismos de continuação do cuidado e assistência, principalmente aos pacientes residentes na zona rural.<br><br>Capacitar e treinar os profissionais da equipe saúde da família para o atendimento aos diversos tipos de doenças e em específico a hipertensão arterial crônica e seus fatores de riscos.   |
| <b>6º passo: projeto</b>                 | Acolher, cuidar e assistir.   |
| <b>6º passo: resultados esperados</b>    | Aumentar o número de profissionais com qualificação para atender e resolver as demandas apresentadas pelo usuário no processo saúde/doença, com ênfase na hipertensão arterial sistêmica, seus fatores de riscos e expansão as demais doenças crônicas não transmissíveis, garantido a promoção, prevenção de agravos, reabilitação e acesso ao serviço humanizado, qualificado e com qualidade do cuidado e assistência.   |
| <b>6º passo: produtos esperados</b>      | Implementação da linha de cuidado e assistência para as doenças crônicas não transmissíveis em específico a hipertensão arterial sistêmica e seus fatores de riscos cardiovasculares conforme o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde.<br><br>Recursos humanos capacitados.  |
| <b>6º passo: recursos necessários</b>    | Cognitivo: elaboração de um projeto de linha de cuidado e assistência com ênfase ao protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde.<br><br>Financeiro: recursos financeiros para promover cursos de educação continuada para capacitação, qualificação e atualização dos profissionais.<br><br>Político: articulação entre os setores de saúde e priorizar investimento as metas de melhoria dos recursos para estruturar o serviço de saúde. Adesão dos profissionais. |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b></p>              | <p>Cognitivo: elaboração de um projeto de linha de cuidado e assistência com ênfase ao protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde.</p> <p>Político: articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais.</p> <p>Financeiro: recursos financeiros para promover cursos de educação permanente para capacitação, qualificação e atualização dos profissionais.</p>   |
| <p><b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b></p>   | <p>Responsável: equipe de estratégia de saúde da família, secretaria municipal de saúde, coordenador da atenção básica.</p> <p>Motivação: favorável.</p> <p>Ações de estímulos: estimular, incentivar e proporcionar acesso aos cursos de qualificação e atualização dos profissionais. Apresentar projeto de estruturação da rede e serviços.</p>  |
| <p><b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b></p>       | <p>Responsáveis: equipe de estratégia de saúde da família, secretaria municipal de saúde, coordenador da atenção básica.</p> <p>Prazo: seis meses para o início do projeto, podendo ser prorrogável devido a atual situação da pandemia do COVID 19.</p>  |
| <p><b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b></p> | <p>O acompanhamento do projeto será feito através de reuniões semanais de equipe e mensais com responsáveis gerais, onde serão avaliados os pontos positivos e negativos do projeto, após revisão, será realizado pelos planejadores e executores a correção dos problemas levantados.</p> <p>Participação da população: este momento é importante para saber qual o nível de satisfação do usuário na participação com sugestões de melhoria, isso incentiva e demonstra que o usuário faz parte do projeto de cuidado, estimulando adesão e o vínculo com os profissionais e com o serviço.</p> |

Fonte: Autoria Própria (2020)

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do trabalho realizado para levantamento de problemas de saúde da população do município de Passa Vinte-MG por meio do diagnóstico situacional é possível afirmar que o mesmo trouxe motivação, conscientização à equipe por meio dos dados coletados, para que os problemas mais comuns e suas subseqüentes prioridades possam ser especificamente visualizadas de forma mais intuitiva e nesta perspectiva proporcionou atualização do cadastramento e do perfil epidemiológico da comunidade.

Depois de estudar a área de abrangência da ESF de Passa Vinte, foi possível comprovar que a prevalência da HAS é elevada. Mediante este diagnóstico situacional da população, este estudo mostra que ao priorizar questões e planejar planos de ação no âmbito das possíveis mudanças, pode interferir significativamente na qualidade do serviço, assistência, cuidado prestados e melhorar a qualidade de vida dos usuários em risco de desenvolver a patologia e dos portadores da HAS, como também ajudou na organização do fluxo de trabalho da equipe.

Portanto, este trabalho buscou desenvolver planos de ações para melhor controlar os pacientes hipertensos e prevenir complicações relacionadas a HAS.

Esses projetos de intervenção visam melhorar o nível de informação da população sobre a HAS e o processo saúde-doença, estimular mudanças nos hábitos alimentares e de prática de exercícios físicos, garantir a prestação de serviços melhores e mais abrangentes e profissionais da ESF qualificados e treinados para atender de forma humanizada na perspectiva de garantir a vinculação, longitudinalidade, integralidade da assistência e o cuidado à saúde com qualidade.

Nos profissionais da APS, acreditamos que o plano de ação pode melhorar a compreensão das pessoas sobre a HAS e estimular, incentivar mudanças no estilo de vida. Além disso, também acreditamos que o programa ajudará a fornecer serviços de maior qualidade, com profissionais mais capacitados, motivados, evidenciado pela percepção dos projetos desenvolvidos com objetivos alcançados para os pacientes e para o próprio serviço.

## REFERÊNCIAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. – Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013. Disponível em: <<https://atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/314780>>. Acesso em: 05 Dez. 2020.

BARRETO, M.S. et al. Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 795-804, Mar. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000300795&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300795&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 9 fev. 2021.

BARROSO, W.K.S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**; São Paulo. ahead print, p.1-143, 2020. Disponível em: <[http://abccardiol.org/wp-content/uploads/2020/11/DBHA-2020\\_portugues\\_AOP.x14831.pdf](http://abccardiol.org/wp-content/uploads/2020/11/DBHA-2020_portugues_AOP.x14831.pdf)>. Acesso em: 8 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2017. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 9 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **O que é Atenção Primária?** 2020a. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>>. Acesso em: 7 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Estratégia Saúde da Família (ESF)**. 2020b. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>>. Acesso em: 9 fev. 2021.

FARIA H.P.; CAMPOS, F.C.C. SANTOS, M.A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO\\_AVALIACAO\\_PROGRAMACAO\\_Versao\\_Final.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIACAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf)>. Acesso em: 7 fev. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **PenseSUS: Atenção Básica**. 2020. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>>. Acesso em: 9 fev. 2021.

GEWEHR, D.M. et al. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.116, p. 179-190, Jan. 2018. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000100179&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100179&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 9 fev. 2021.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C.M.; ALMEIDA, P.F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, abr. 2020. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000401475&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401475&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 4 fev. 2021. Epub 06-Abr-2020.

GIRAO, A.L.A.; FREITAS, C.H.A. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, e60015, 2016. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000200408&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200408&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 9 fev. 2021. Epub May 31, 2016.

GIROTTI, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p. 1763-1772, Jun. 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000600027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600027&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 9 fev. 2021.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: Gondim, R.; Grabois, V.; Mendes Junior, W.V.; organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.153-190. Disponível em:

<[http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_320215091.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_320215091.pdf)>. Acesso em: 17 fev. 2021

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Ibge Cidades@**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/passa-vinte/panorama>. Acesso em: 9 fev. 2021.

KOERICH, M.S. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto & contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.5, n. spe, p.178-185, 2006. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000500022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 7 fev. 2021.



LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro. v. 13, n. 1, p.39-46, 2006. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/10-impacto-social.pdf>>. Acesso em: 9 fev. 2021.

MAGNABOSCO, P. **Hipertensão arterial sistêmica na população urbana e rural de Sacramento/MG: prevalência e não adesão ao tratamento medicamentoso**. 2015. 119p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-29052015-193755/publico/PATRICIAMAGNABOSCO.pdf>>. Acesso em: 8 fev. 2021.

MALTA, D.C. et al. Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 135, n. 3, p. 213-221, June 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-31802017000300213&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802017000300213&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 8 fev. 2021.

MENDES, E.V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. 2015. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>>. Acesso em: 7 fev. 2021.

OLIVEIRA, T.L. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 179-184, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 9 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Dia Mundial da Hipertensão 2020**. 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-da-hipertensao-2020>>. Acesso em: 8 fev. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSA VINTE. **História de Passa Vinte**. 2020. Disponível em: <<https://www.passavinte.mg.gov.br/pagina/04/historia-de-passa-vinte>>. Acesso em: 9 fev. 2021.

REGO, A.S.; RADOVANOVIC, C.A.T. Adesão/vínculo de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.71, n.3, p.1030-1037, May 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000301030&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301030&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 9 fev. 2021.

SILVA, A.U.A.; AZEVEDO, J.S.; NOBRE, T.F. Adesão ao tratamento não farmacológico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica. **RETEP - Revista Tendências da Enfermagem Profissional**, Fortaleza. v.8, n.4; p.2019-2023, 2016. Disponível em: <<http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2019/03/ADES%C3%83O-AO-TRATAMENTO-N%C3%83O-FARMACOL%C3%93GICO-DOS-PACIENTES-COM-HIPERTENS%C3%83O.pdf>>. Acesso em: 9 fev. 2021.