

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Daniel Teixeira Poncio Vita

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CONSCIENTIZAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DO
CONTROLE DOS NÍVEIS PRESSÓRICOS DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS
NA UNIDADE BÁSICA DE IMBIRUÇU, NO MUNICÍPIO DE MUTUM - MINAS
GERAIS**

Ipatinga – Minas Gerais

2021

Daniel Teixeira Poncio Vita

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CONSCIENTIZAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DO CONTROLE DOS NÍVEIS PRESSÓRICOS DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NA UNIDADE BÁSICA DE IMBIRUÇU, NO MUNICÍPIO DE MUTUM - MINAS GERAIS

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

Ipatinga – Minas Gerais

2021

Daniel Teixeira Poncio Vita

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CONSCIENTIZAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DO CONTROLE DOS NÍVEIS PRESSÓRICOS DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NA UNIDADE BÁSICA DE IMBIRUÇU, NO MUNICÍPIO DE MUTUM - MINAS GERAIS

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora (UFMG)

Profa. Dra. Helisamara Mota Guedes (UFVJM)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NESCON

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos vinte e dois dias do mês de maio de 2021, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família – CEGCSF se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do aluno **DANIEL TEIXEIRA PONCIO VITA** intitulado "PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA CONSCIENTIZAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DO CONTROLE DOS NÍVEIS PRESSÓRICOS DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NA UNIDADE BÁSICA DE IMBIRUÇU, NO MUNICÍPIO DE MUTUM – MINAS GERAIS", requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Dra. MARIA RIZONEIDE NEGREIROS DE ARAÚJO e Dra. HELISAMARA MOTA GUEDES. O TCC foi aprovado com a nota 93.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia vinte e dois do mês de maio do ano de dois mil e vinte e um e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Belo Horizonte, 26 de maio de 2021.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização Gestão do Cuidado Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro**, Coordenador(a) de curso de pós-graduação, em 28/05/2021, às 17:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0750528** e o código CRC **C10CAF57**.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu saudoso pai.

AGRADECIMENTOS

A todos que participaram, direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho, enriquecendo o meu processo de aprendizado.

RESUMO

A hipertensão é um grande e crescente problema de saúde pública. A prevalência entre adultos é alta, enquanto as proporções de hipertensos tratados e controlados são inaceitavelmente baixas. A hipertensão descontrolada aumenta com a idade e com a baixa escolaridade, tanto em homens quanto em mulheres. Esses resultados implicam na necessidade urgente de desenvolver estratégias para melhorar a prevenção e o controle da hipertensão na região. Por esse motivo, o presente trabalho tem por objetivo elaborar um projeto de intervenção para controle efetivo dos níveis pressóricos da população hipertensa acompanhada pela equipe de saúde da família da Unidade Básica de Saúde do Distrito de Imbiruçu pertencente ao município de Mutum – Minas Gerais. Para fundamentação teórica foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e nos manuais do Ministério da Saúde. O projeto de intervenção foi elaborado seguindo os passos do planejamento estratégico situacional. O problema priorizado foi hipertensos que frequentam o pronto atendimento quase diariamente, devido a picos hipertensivos. Foram identificados como nós críticos: sedentarismo e resistência dos hipertensos seguirem as orientações alimentares essenciais ao tratamento da hipertensão. Espera-se que, com as ações propostas haja uma redução significativa de hipertensos com pressão arterial descontrolada e seguindo as orientações quanto ao uso da terapêutica medicamentosa e não medicamentosa.

Palavras-chave: Hipertensão. Atenção primária à saúde. Atividade Física.

ABSTRACT

Hypertension is a major and growing public health problem. The prevalence among adults is high, while the proportions of treated and controlled hypertensive patients are unacceptably low. Uncontrolled hypertension increases with age and low education, both in men and women. These results imply an urgent need to develop strategies to improve the prevention and control of hypertension in the region. For this reason, the present study aims to develop an intervention project for effective control of blood pressure levels in the hypertensive population accompanied by the family health team of the Basic Health Unit of the Imbiruçu District, belonging to the municipality of Mutum - Minas Gerais. For theoretical foundation, a bibliographic search was performed in the databases of the Virtual Health Library and in the Ministry of Health manuals. The intervention project was elaborated following the steps of the situational strategic planning. The prioritized problem was hypertensive patients who attend emergency care almost daily, due to hypertensive peaks. Critical nodes were identified: sedentary lifestyle and resistance of hypertensive patients to follow the essential dietary guidelines for the treatment of hypertension. It is expected that, with the proposed actions, there will be a significant reduction in hypertensive patients with uncontrolled blood pressure and following the guidelines regarding the use of drug and non-drug therapy.

Keywords: Hypertension. Primary health care. Physical Activity

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Distribuição da população por faixa etária e sexo, residente do Distrito de Imbiruçu pertencente ao Município de Mutum – Minas Gerais, 2020.	15
Quadro 2- Condições de saúde da população adscrita a Unidade Básica de Saúde de Imbiruçu, do município de Mutum – Minas Gerais, 2020.	15
Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde de Imbiruçu, município de Mutum-M.G.	19
Quadro 4 - Modificações de estilo de vida para manejo da HAS	30
Quadro 5 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Hipertensos que frequentam o PA quase diariamente, devido a picos hipertensivos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF de Imbiruçu, do município de Mutum-MG.	34
Quadro 6 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Hipertensos que frequentam o PA quase diariamente, devido a picos hipertensivos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF de Imbiruçu, do município de Mutum-MG.	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Atenção Básica
PNAB	Plano Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1. Aspectos gerais do município.....	11
1.2. O Sistema Municipal de Saúde	11
1.3. Aspectos da comunidade de Imbiruçu.....	13
1.4. A Unidade Básica de Saúde de Imbiruçu	15
1.5. A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde de Imbiruçu ..	15
1.6. O funcionamento da Unidade Básica de Saúde de Imbiruçu	15
1.7 O dia a dia da equipe de saúde da Unidade Básica de Imbiruçu.....	16
1.8. Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	17
1.9 Priorização dos problemas - a seleção do problema para o plano de intervenção (segundo passo)	17
2. JUSTIFICATIVA	18
3.1. Objetivo geral	20
3.2. Objetivo específico	20
4. METODOLOGIA.....	21
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
5.1. Atenção primária à saúde.....	22
5.2. Hipertensão arterial sistêmica	22
5.3. Atividade Física.....	27
6. PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	29
6.1. Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	30
6.2. Explicação do problema selecionado (quarto passo)	30
6.3. Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	31
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).....	31
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERENCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Mutum tem uma população estimada de 26.961 habitantes, uma extensão territorial de 1.250,824 km². A economia é baseada na agricultura, sendo a principal atividade a cafeicultura, seguida da criação de gado leiteiro. Na zona urbana, a atividade comercial e a prestação de serviços são as atividades mais importantes (IBGE, 2020).

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

O sistema municipal de saúde ainda está tímido no que tange à modificação do sistema de atenção fragmentado e hierarquizado para um modelo que atue em rede. A porta de entrada do paciente no sistema de saúde municipal é pela unidade básica de saúde, onde é feito o acolhimento, a consulta e, se necessário, encaminhamento para outros serviços especializados.

Os casos de urgência e emergência são encaminhados ao Pronto Socorro Municipal, onde o atendimento é desorganizado, não havendo triagem nem classificação de risco (Manchester), além de faltar insumos e medicamentos fundamentais para atendimento.

Para os casos de internação hospitalar o paciente é direcionado ao hospital filantrópico que existe na cidade e atende casos de baixa complexidade ou encaminhados para os municípios de referência, nos casos de média e alta complexidade.

A rede municipal conta com exames laboratoriais básicos e exames de imagem (raio-X, mamografia, ultrassonografia). Tomografia e ressonância magnética são realizadas fora do município. No município há algumas especialidades médicas como: cardiologia, ginecologia, obstetrícia, angiologia, pediatria, ortopedia, neurologia, psiquiatria, endocrinologia e gastroenterologia.

O município não é referência para nenhum procedimento clínico, sendo dependente de outros municípios, para os casos de média e alta complexidade, que são encaminhados para os municípios de: Manhuaçu, Carangola, Muriaé, entre outros, que fazem parte da pactuação dentro da microrregião de saúde.

O município realiza, portanto, a atenção básica e no ambulatório algumas poucas especialidades. A cerca de 15 anos iniciou-se a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), que hoje conta com 10 equipes, sendo quatro na zona urbana e seis na zona rural, cobrindo a totalidade da população.

O município conta também com a farmácia básica, que funciona de forma precária, faltando medicamentos básicos frequentemente.

O prontuário eletrônico foi implantado há pouco tempo e não funciona adequadamente, sendo mal alimentado, com dados imprecisos e incompletos no que diz respeito às informações do paciente.

O apoio logístico com transporte de pacientes é bastante eficaz, contando com micro-ônibus, vans, carros de passeio e ambulâncias que seguem um cronograma de transportes bem organizado, não deixando a população “na mão”. O acesso regulado à atenção deixa a desejar, pois muitas vezes não funciona conforme a devida regulação. Além disso, o sistema de regulação de vagas do estado de Minas Gerais (SUS-Fácil) impõe muitas dificuldades nesse quesito.

A referência e contrarreferência no município são feitas da seguinte forma: as portas de entrada do paciente na rede são feitas pelas UBS e, quando necessário, estas referenciam para o Pronto Socorro (urgências) ou encaminham para o ambulatório de especialidades. Nos casos de exames complementares, os mesmos são agendados pelo setor específico da secretaria de saúde.

Os casos que são recebidos pelo Pronto Socorro podem ser encaminhados para os municípios de referência para tratamentos de média e alta complexidade ou podem ser encaminhados para o hospital do município nos casos de baixa complexidade.

1.3 Aspectos da comunidade de Imbiruçu

Imbiruçu é um distrito do município de Mutum, bastante distante da sede (cerca de 70Km), com aproximadamente 3000 habitantes, incluindo os moradores das diversas comunidades do distrito, como Novo Horizonte, Cachoeira Alta, Sapucaia, entre outras. A cafeicultura é a base da economia e do trabalho, prevalecendo pequenos produtores que trabalham nas próprias lavouras.

A infraestrutura da comunidade é precária, sendo inexistentes os serviços de água tratada, coleta de lixo e saneamento básico, mesmo na sede do distrito. O investimento por parte da administração municipal é considerado bem abaixo do esperado, uma vez que, o distrito é o maior gerador de renda por arrecadação de impostos sobre a produção de café. Em contrapartida, verifica-se um grande apoio das escolas, associações de produtores rurais e equipe de saúde da família (eSF) em tudo que visa o desenvolvimento do distrito e sua população.

Devido à distância da cidade e pela localização estratégica (divisa entre os estados de Minas Gerais e Espírito Santo), o distrito e suas comunidades, com alguma frequência, servem como refúgio de criminosos, sendo que, as taxas de roubos e assassinatos são elevadas em proporção ao número de habitantes e, por ser zona rural.

A eSF de Imbiruçu atende toda a população pertencente ao distrito, sendo responsável por todas as comunidades, já que existe apenas uma equipe no distrito e a área de abrangência coincide com os limites do distrito.

No quadro 1 apresenta-se a população do Distrito de Imbiruçu por faixa de idade e sexo e demonstrando um predomínio da população masculina e uma concentração na faixa de 30 a 49 anos.

Quadro 1- Distribuição da população por faixa etária e sexo, residente do Distrito de Imbiruçu pertencente ao Município de Mutum – Minas Gerais, 2020.

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1	26	20	46
1-4	101	78	179
5-14	210	197	407
15-19	138	112	250
20-29	206	223	429
30-39	273	237	510
40-49	201	186	387
50-59	131	142	273
60-69	94	81	175
70-79	40	38	78
≥ 80	14	23	37
TOTAL	1434	1337	2771

Fonte: Cadastro da eSF (2020)

Os problemas de saúde mais prevalentes em Imbiruçu são a hipertensão, alcoolismo, tabagismo, diabetes dentre outros, conforme demonstra o Quadro 2.

Quadro 2- Condições de saúde da população adscrita a Unidade Básica de Saúde de Imbiruçu, do município de Mutum – Minas Gerais, 2020.

Condição de Saúde	N
Hipertensos	326
Pessoas que fazem uso de álcool	156
Fumantes	126
Diabéticos	50
Pessoas com doença cardíaca	45
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	33
Gestantes	32
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	22
Pessoas com sofrimento mental	10
Pessoas que tiveram infarto	9
Pessoas que tiveram AVC	7
Pessoas com câncer	7
Acamados	5
Pessoas com hanseníase	1
Pessoas com tuberculose	0
Usuários de drogas	Não informado

Fonte: Cadastro da eSF (2020)

Na área de abrangência da UBS as principais causas de óbitos são os eventos cardiovasculares, seguidos de causas externas, doenças respiratórias e neoplasias.

As causas de internação mais comuns são pneumonias comunitárias (principalmente em idosos) e infecções do trato urinário ITU's. Nos últimos 12 meses vivencia-se um surto de Leishmaniose Cutânea, sendo hoje a principal doença de notificação da nossa área.

A população de Imbiruçu sofre principalmente com dificuldade de se deslocar até a UBS, ao ambulatório de especialidades e ao Pronto Atendimento. Esses pontos de atendimento estão distantes da população da área e com acessos por estrada de terra que ficam intransitáveis no período de chuvas.

1.4 A Unidade Básica de Saúde de Imbiruçu

O Distrito de Imbiruçu conta com uma unidade básica de saúde construída pela prefeitura especificamente para tal finalidade e inaugurada em 2016, mas que já apresenta vários problemas estruturais, como infiltrações, goteiras e falta de água em algumas torneiras. A organização física do prédio é boa, com recepção, banheiros e salas bem distribuídos e de tamanho adequado para cada fim a que se destinam.

A UBS é razoavelmente equipada para a sua finalidade e bem localizada dentro do Distrito, o que facilita, em parte, o acesso para a população. A mesma funciona das 7:30 às 17:00, de segunda a sexta-feira.

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

A eSF é constituída por um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma cirurgiã dentista, uma Auxiliar de Saúde Bucal, sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma copeira, que também cuida da limpeza da UBS. Sendo apenas uma Estratégia Saúde da Família (ESF) que atua no Distrito, a área de abrangência coincide com os limites do referido Distrito, atendendo, portanto, toda a população pertencente ao mesmo.

1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde de Imbiruçu

A UBS funciona das 07:30h às 17:00h, de segunda à sexta-feira. Os ACS fazem visitas domiciliares diariamente, atualizando cadastro das famílias, fazendo agendamento de consultas e exames e também, se revezam na recepção da UBS. A técnica de enfermagem é responsável por fazer o acolhimento, curativos, vacinas e outros injetáveis e também a dispensação de medicamentos aos usuários. A enfermeira é responsável pela realização da coleta de material para os exames de Papanicolau, agendamento de exames, consultas fora da UBS e por toda parte mais burocrática da UBS.

A organização da agenda de atendimento médico é feita da seguinte maneira:

- Atendimento da demanda espontânea e agendada para segunda a quinta-feira;
- Visitas domiciliares sempre na última quinta-feira do mês;
- Atendimento nas comunidades rurais em igrejas e escolas na quinta-feira, de 15/15 dias;
- Reuniões e palestras de grupos toda quarta-feira.

Não há atendimento médico às sextas-feiras, dia destinado as atividades de capacitação (curso de especialização).

1.7 O dia a dia da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde de Imbiruçu

A eSF da UBS Imbiruçu atende basicamente à demanda espontânea, pois devido às particularidades do serviço e da região o agendamento de consultas é dificultado. Assim, todos os pacientes que comparecem à UBS são acolhidos e tem sua demanda solucionada pela equipe.

Apesar disso, os atendimentos são orientados aos programas preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), tais como acompanhamento de hipertensos e diabéticos, pré-natal, puericultura e puerpério, programas de rastreio e controle dos cânceres mais prevalentes, além do controle de doenças infectocontagiosas típicas da região.

No momento, existe com um grupo de gestantes, um de hipertensos e diabéticos e um de saúde mental, visto que, são condições de saúde estratégicas na comunidade.

As visitas domiciliares realizadas pelo médico são feitas na última quinta-feira de cada mês, porém eventualmente são realizadas visitas domiciliares extras nos demais dias da semana, a depender da demanda da comunidade. A cada quinze dias há atendimento médico em comunidades mais distantes da sede do distrito, visando facilitar o acesso dos usuários às consultas. Por fim, a equipe se reúne uma vez por mês para avaliar o trabalho desenvolvido, ocasião na qual também são realizadas sessões de educação permanente em saúde.

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

Após a aplicação do método da estimativa rápida foram identificados os seguintes problemas:

- Hipertensos que frequentam o Pronto Atendimento (PA) quase diariamente, devido a picos hipertensivos.
- Diabéticos que frequentam o PA quase diariamente, devido a hipoglicemia ou hiperglicemia.
- Quadro respiratório, como pneumonia, que buscam atendimento e que necessitam internação hospitalar, principalmente idoso.
- Portadores de neoplasias que necessitam tratamento fora do domicílio devido na maioria das vezes, com diagnóstico realizado tardiamente.

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

Após discussão com a equipe de saúde, foram priorizados os seguintes problemas considerando a aplicação de indicadores para identificar o grau de importância, urgência, capacidade de enfrentamento e a priorização. No quadro 3 apresenta-se os problemas selecionados.

Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde de Imbiruçu, município de Mutum-Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência*	Capacidade de	Seleção/
-----------	--------------	-----------	---------------	----------

		*	enfrentamento***	Priorização*** *
Hipertensos que frequentam o PA quase diariamente, devido a picos hipertensivos	Alta	12	Média	1
Diabéticos que frequentam o PA quase diariamente, devido a hipoglicemia ou hiperglicemia.	Alta	8	Média	2
Quadro respiratório, como pneumonia, que buscam atendimento e que necessitam de internação hospitalar, principalmente idoso	Média	6	Parcial	3
Portadores de neoplasias que necessitam tratamento fora do domicílio devido na maioria das vezes, com diagnóstico realizado tardiamente.	Média	4	Parcial	4

Fonte: Autoria própria (2019)

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão é um grande e crescente problema de saúde pública. A prevalência entre adultos será alta, enquanto as proporções de hipertensos não tratados e descontrolados forem altas. A hipertensão descontrolada aumenta com a idade e com a baixa escolaridade, tanto em homens quanto em mulheres. Esses resultados implicam na necessidade urgente de desenvolver estratégias para melhorar a prevenção e o controle da hipertensão na comunidade de Imbiruçu.

O envelhecimento da população, condições precárias de trabalho, maus hábitos alimentares, estresse social, altas taxas de analfabetismo, acesso precário aos serviços de saúde, pobreza e altos custos de medicamentos contribuem para o controle precário da pressão arterial.

No território da UBS Imbiruçu há um número significativo de hipertensos que justifica a realização deste projeto de intervenção.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para controle efetivo dos níveis pressóricos da população hipertensa acompanhada pela equipe de saúde da família da Unidade Básica de Saúde do Distrito de Imbiruçu pertencente ao município de Mutum – Minas Gerais.

3.2 Objetivo específico

Promover ações educativas para a adesão do tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos hipertensos residentes no território da unidade básica de saúde do Distrito de Imbiruçu

4 METODOLOGIA

Para a realização do projeto de intervenção foi realizado o diagnóstico situacional pelo método da estimativa rápida que possibilitou o levantamento dos principais problemas existentes no território da UBS e por meio de reunião com a equipe de saúde foi feita a priorização dos problemas mais relevantes. A seleção do problema prioritário foi realizada utilizando critérios como, por exemplo: de importância e de capacidade de enfrentamento do problema pela equipe de saúde, entre outros.

Para a fundamentação teórica do projeto de Intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e nos manuais do Ministério da Saúde que abordavam o tema proposto para o projeto.

A pesquisa nos bancos de dados foi feita por meio dos seguintes descritores: Atenção primária à saúde, Hipertensão, Atividade Física.

O projeto de intervenção foi elaborado seguindo os passos do planejamento estratégico situacional conforme preconizado por Faria, Campos e Santos (2018).

A organização do projeto foi construída seguindo as orientações contidas no caderno de iniciação a metodologia: trabalho de conclusão de curso (CORRÊA; VASCONCELOS E SOUZA, 2018).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção primária à saúde

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017, p. s/n) define atenção primária como

[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017 afirma que a atenção básica deve ser a principal porta de entrada para os serviços de saúde dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) devendo, portanto ordenar o fluxo e contrafluxos das pessoas dentro da RAS (BRASIL, 2017).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde destaca que a ordenação é a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, partindo do reconhecimento dos problemas que necessitam de seguimento contínuo e ainda se articula com a função de centro de comunicação das RAS (BRASIL, 2015).

Segundo Starfield (2002, p. 28)

A atenção primária é aquele nível do sistema de um serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, oferece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária.

5.2 Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial Sistêmica (HAS) é conceituada como Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) 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 em dois momentos diferentes e sem uso de medicação anti-hipertensiva (BARROSO *et al.*, 2021).

A HAS por ser uma doença crônica, principalmente quando não tratada adequadamente, causa altos custos de farmacológicos, de assistência médica e hospitalares decorrentes das complicações em órgãos vitais como: doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, fibrilação atrial e morte súbita; acidente vascular encefálico isquêmico, doença renal crônica e doença arterial obstrutiva periférica (PRÉCOMA *et al.*, 2019; CAREY *et al.*, 2018 *apud* BARROSO *et al.*, 2021).

Mendes (2009, p. 31) afirma que

As relações entre condições crônicas e pobreza estão bem estabelecidas e compõem um círculo vicioso. De um lado, a pobreza favorece o aparecimento das condições crônicas; do outro, as condições crônicas aprofundam a pobreza.

Para Mendes (2012) as condições crônicas são diferentes de doenças crônicas, ambas têm ciclo de evolução lento e muitas condições crônicas podem evoluir para doenças crônicas que exige formas diferentes de enfrentamento, pois o manejo inadequado das condições crônicas pelos profissionais de saúde na atenção primária à saúde pode propiciar essa evolução.

O Programa Saúde da Família (PSF) tem na sua base estrutural, o trabalho de uma equipe multiprofissional, constituída por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e algumas equipes conta com a participação dos profissionais de saúde bucal, ou seja, cirurgião dentista e auxiliar ou técnico de saúde bucal, mas ainda é fortemente ancorado no trabalho do médico e do enfermeiro. Para o manejo das doenças crônicas há necessidade da incorporação de

outros profissionais como membros efetivos das equipes de saúde da família (MENDES, 2012).

Para Almeida (2016), a adoção de políticas de saúde pública como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é responsável pela redução no número de óbitos em decorrência de doenças e pela redução significativa no número de complicações em pacientes com doenças crônicas.

Mendes (2009) relata que a atenção primária se apresenta com sendo de tecnologia de baixa complexidade e por isso enfrenta determinado preconceito quando comparada aos demais níveis de atenção, porém ela é de imprescindível para que o funcionamento do sistema de saúde seja garantido como também seja, de fato eficaz. Segundo o mesmo autor, países onde a atenção primária não recebe a devida atenção ocorrem incontáveis problemas de saúde pública que acarretam em falhas nos processos de saúde e em custos financeiros e humanos. Nos locais onde a atenção primária recebe investimentos e incentivos há reduções consideráveis nas complicações e conseqüentemente nas internações e óbitos.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Atenção Básica (NASF-AB) além de incorporar as medidas prescritas pela PNAB proporciona a adoção de programas e atividades de educação em saúde, através do incentivo a participação comunitária ativa, sendo que o núcleo ainda proporciona que sejam integradas múltiplas disciplinas com o intuito de facilitar a comunicação entre comunidade e sistema de saúde, bem como possibilitar o acesso rápido ao atendimento e a informações seguras (ALMEIDA, 2016).

A adoção do PNAB em conjunto com outras diretrizes de saúde pública foi responsável por avanços significativos no quadro de saúde nacional, proporcionando ampliação no número de tratamentos oferecidos e reduzindo a desigualdade de acesso à saúde. Com a melhoria apresentada no sistema de saúde público houve também mudanças muito positivas e significativas nos índices de mortalidade infantil e adulta e também na redução de internações por complicações vistas como desnecessárias. Por se tratar de uma política pautada em ações de cunho preventivo, por meio da abordagem precoce baseada em acompanhamento e educação

continuada, houve também reduções nos gastos públicos com o sistema de saúde (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

De acordo com Mendes (2012), o programa de saúde da família (PSF) se trata de um modelo de saúde eficaz, no qual se propõe a operar nos campos sociais da saúde, através do fomento da prevenção, cura, reabilitação e palição. As ações da ESF se pautam em estratégias construídas por equipes multidisciplinares nas quais são compostas por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, dentistas entre outros profissionais, em destaque os agentes comunitários de saúde (ACS) que possuem a responsabilidade de estar em contato direto com a comunidade. A inclusão ACS dentro da ESF é o grande diferencial do programa, pois possibilita a integração da família com o sistema de saúde.

A incorporação do ACS constitui um grande diferencial porque cria as possibilidades de um relacionamento mais próximo entre a equipe de saúde, as pessoas usuárias e suas famílias e as organizações e movimentos sociais do território. A proposta brasileira do PSF é a mais adequada para a situação brasileira porque é a que se adequa aos princípios do SUS e porque é ampla ao centrar-se na saúde da população. Ela valoriza a medicina familiar e a incorpora, mas vai além dela ao instituir-se com foco na saúde da família (MENDES, 2012 p.75).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) acarreta um número significativo de problemas e complicações, com um alto nível de morbimortalidade e perda considerável da qualidade de vida do paciente com diagnóstico. Para reduzir o impacto negativo que a doença implica ao portador, é indicado que o tratamento seja iniciado o mais precoce possível, sendo que o diagnóstico é simples e não requer nenhum tipo de tecnologia ou equipamento sofisticado. Após o diagnóstico é possível dar início ao tratamento, através da atenção básica, que possui como base em algumas mudanças de estilo de vida, aliados com o uso de medicamentos, que na sua maioria são de baixíssimo custo e provocam pouquíssimos ou nenhum efeito colateral (BRASIL, 2013)

Segundo Mendes (2009), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) se configura como um sério problema de saúde pública para o Brasil pela alta incidência da doença, que chega a atingir cerca de 20% da população adulta. Quando analisada a população

mais jovem, a incidência está em torno de 5% da população entre 18 e 24 anos, chegando a uma proporção de 58% entre os idosos com idade superior a 65 anos. A doença provoca um quadro amplo de possíveis complicações como acidentes vasculares cerebrais, infartos agudos do miocárdio e insuficiência cardíaca, chegando a provocar 150 óbitos por cem mil habitantes por ano em pacientes com mais de 60 anos e 20 óbitos por cem mil habitantes por ano em pacientes entre 40 e 59 anos.

Para Santos (2016), a relação construída entre paciente e profissional de saúde é de extrema importância para adesão e conseqüentemente o sucesso do tratamento para o paciente hipertenso. Segundo o autor, o tratamento medicamentoso possui sua eficiência, mas não é suficiente para gerar um tratamento completo, sendo necessário que o paciente esteja conscientizado e seja parte integrante do processo. Para isso é necessário que a equipe de saúde que acompanha o tratamento trabalhe de forma a gerar empoderamento no paciente através de um plano terapêutico completo e seguido à risca.

Otimizar os índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo contribui para a diminuição dos custos de morbidade, mortalidade e com a assistência à saúde. Atualmente, dispõe-se de arsenal terapêutico por meio de tratamento medicamentoso e não medicamentoso com eficácia comprovada. A adesão às propostas de tratamento e conseqüente controle dos hipertensos ainda é um grande desafio para todos profissionais de saúde. Dessa maneira, reunir esforços para atender às reais necessidades da população hipertensa mostra-se tarefa primordial para a mudança do atual panorama no contexto da HA (BARROSO *et al.*, 2021, p.625).

A prevenção primária é a maneira mais eficaz de se evitar o surgimento da HAS, é possível manter o controle dos fatores de riscos através de mudanças de hábito como redução do consumo de sal, excesso de adiposidade, abuso de álcool, entre outras práticas de má alimentação e sedentarismo. A simples redução do consumo de alimentos com potencial risco nocivo ao aumento da pressão já é capaz de minimizar os riscos de desenvolvimento e complicação da doença, em especial o consumo de sal e de alimentos industrializados. É de irrefragável importância que os pacientes sejam orientados com relação a dieta, de tal forma que possam alterar seus hábitos alimentares e assim mitigar a possibilidade de desenvolvimento de HAS (BRASIL, 2013)

As relações entre a dieta e as condições crônicas estão bem estabelecidas. Há evidências das relações entre dieta e doenças cardiovasculares, sobrepeso e obesidade, hipertensão, dislipidemias, diabetes, síndrome metabólica, câncer e osteoporose. A Organização Mundial da Saúde estima que o consumo insuficiente de frutas e hortaliças é responsável por 31% das doenças isquêmicas do coração, 11% das doenças cérebro-vasculares e 19% dos cânceres gastrointestinais ocorridos no mundo. A dieta tem sido considerada como o fator determinante das condições crônicas mais sujeito a modificações, com evidências que mostram que as alterações na dieta têm fortes efeitos, positivos e negativos, na saúde das pessoas, influenciando, não somente a saúde presente, mas podendo determinar se uma pessoa desenvolverá, ou não, condições de saúde como as doenças cardiovasculares, o câncer e o diabetes, em sua vida futura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003 *apud* MENDES, 2012 p.187).

5.3 Atividade Física

De acordo com Marçal (2014), a promoção de um estilo de vida saudável deve ser incentivada pela equipe de saúde, em especial para acompanhamento e melhoria do quadro dos pacientes hipertensos. A prática de atividade física constitui uma ferramenta de grande valia para diminuição das complicações e possíveis internações, consequentemente reduzindo os gastos do poder público com saúde. Ações educativas de estímulo a mudança de hábitos de vida e a instrução a prática de atividade física regular geram impacto não só no paciente, mas também em toda sua família e comunidade.

Tendo em vista o grande contato que a equipe do programa saúde da família possui com estes pacientes é de grande responsabilidade destes colocarem em prática medidas que visem promover sua saúde e prevenir futuras complicações. Faz-se necessário muito empenho nestas ações que estimulem mudanças de hábitos de vida, afinal mudar o estilo de vida de uma população é algo que se consegue em longo prazo, por ser difícil o acesso e a aceitação da população, em geral. Sendo de extrema importância a atuação da equipe multiprofissional para a realização dos programas educacionais, tendo em vista minimizar o desconhecimento da população a respeito das doenças crônicas, no caso a hipertensão arterial, propiciando adesão ao tratamento e uma melhor qualidade de vida (MARÇAL, 2014, p.25).

O estímulo a prática de atividades físicas deve ser acompanhado de perto pela equipe de atenção primária a saúde, propondo que sejam realizadas caminhadas, atividades esportivas e de lazer, prescrição de exercícios e outros tipos de atividades físicas que possam trazer mudanças nos hábitos da comunidade. É necessário ainda que os profissionais construam mecanismos de inclusão para que pessoas com deficiência e quais dificuldades possam ser incluídas no processo e participar dos benefícios propostos (MENDES, 2009).

A inatividade física, somado ao tabagismo, uso excessivo de drogas e álcool e obesidade são as maiores causas de complicações de saúde no mundo. A inexistência de atividade física pode causar uma série de problemas de saúde e agravar quadros preexistentes, levando a complicações, internações e até ao óbito. Para o autor, é necessário que o indivíduo compreenda o valor proporcionado pela atividade física para que então, o esforço movido para mudança de hábitos alcance sucesso (MENDES, 2009).

A prevenção do surgimento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) deve ser realizada por meio da redução de seus fatores de risco, como o excesso de adiposidade, abuso na ingestão de álcool e no consumo de sal. É imprescindível que este tipo de estratégia seja aplicado tanto em pacientes com diagnóstico como em pacientes que não o possuam (BRASIL, 2013).

A prevenção primária da HAS pode ser feita mediante controle de seus fatores de risco, como sobrecarga na ingestão de sal, excesso de adiposidade, especialmente na cintura abdominal, abuso de álcool, entre outros. Duas estratégias de prevenção são consideradas: a populacional e a dirigida a grupos de risco. A primeira defende a redução da exposição populacional a fatores de risco, principalmente ao consumo de sal. O profissional poderá atuar nessa estratégia por meio de ações educativas coletivas com a população em geral para orientar a restrição à adição de sal na preparação de alimentos, identificação da quantidade de sal e/ou sódio presente nos alimentos industrializados, entre outros (BRASIL, 2013 p. 37).

A correta adoção de medidas de prevenção é capaz de potencializar o efeito do tratamento de HAS e reduzir significativamente os riscos de complicações. O Quadro 4 apresenta os impactos gerados pelas mudanças no estilo de vida:

Quadro 4 - Modificações de estilo de vida para manejo da HAS

Modificação	Recomendação	Redução da PA em mmHg
Redução de peso	Manter IMC entre 18,5 e 24,9kg/m ²	5 a 20
Alimentação saudável	Rica em frutas e vegetais. Pobre em gordura total e saturada.	8 a 14
Atividade física	Atividade aeróbica, por 30 minutos pelo menos, na maioria dos dias da semana.	4 a 9
Moderação no consumo de álcool	É aconselhável evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Quando não for possível, recomenda-se que, consumo de álcool não ultrapasse 30ml de etanol/dia (90ml de destilados, ou 300ml de vinho ou 720ml de cerveja), para homens e, 15ml de etanol/dia para mulheres e indivíduos de baixo peso.	2 a 4

Fonte: BRASIL (2013, p. 38).

Os dados contidos no quadro 4 mostram que, com a modificação de hábitos alimentares e estilo de vida é possível reduzir a PA para níveis adequados.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção refere-se ao problema priorizado **“Hipertensos que frequentam o PA quase diariamente, devido a picos hipertensivos”**, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos.

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, as operações, 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)

Após identificar o principal problema na nossa área, procurou-se identificar os nós críticos desse problema. O problema são os hipertensos com picos hipertensivos. Com isso, surgiu o questionamento: se o paciente tem consulta médica e exames laboratoriais disponíveis, medicamentos para o tratamento e orientações dietéticas com nutricionista do Núcleo de Apoio a Saúde da Família - AB (NASF -AB), por que ainda apresenta picos hipertensivos? A resposta é que a grande maioria não segue as recomendações terapêuticas e dietéticas que são passadas e levam uma vida sedentária.

No território da UBS há 326 hipertensos e cerca de 90 vêm apresentando episódios recorrentes de picos de PA. A identificação desse quantitativo foi feita por meio do monitoramento da PA com aferições duas vezes por dia, durante uma semana. Os pacientes que não possuíam o aparelho para medição, os ACS faziam a aferição com os aparelhos da unidade.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Após identificar os nós críticos, explicar esse problema e após conversar entre a equipe e com os hipertensos em questão durante atividades do grupo de hipertensos-diabéticos da unidade, verifica-se que a grande maioria, não entende a necessidade

de restrição do uso de sal e da importância da prática de atividades físicas e não aceita as orientações propostas quanto à alimentação e a realização de atividades físicas. Tratando-se de uma população rural, que é acostumada a uma dieta sem nenhuma restrição e rica em gorduras, o que foi passado ao longo das gerações, é difícil fazer mudanças de hábitos culturais. Além disso, os pacientes confundem “esforço físico” com “atividade física” e acabam entendendo que o trabalho pesado na roça conta como atividade física, quando na verdade não deve ser assim considerado. É evidente que o trabalho na roça é duro, cansativo e consome muita energia, mas não proporciona elevação e manutenção de níveis altos de frequência cardíaca necessária para ser considerada uma atividade aeróbica e benéfica para controle dos níveis de PA. Existe ainda um grupo de pacientes que acredita que tomando a medicação não precisa fazer dieta ou atividade física, pois acreditam que o medicamento é o suficiente para controlar a HAS.

Apesar da tentativa de instruir quanto à alimentação adequada, os pacientes não aderem e dizem que é impraticável ingerir comida “sem tempero” e que seus pais e avós sempre comeram e nunca ficaram doentes. Também dizem ser impossível deixar o sedentarismo e afirmam que não sobra tempo nem energia para atividade física após o trabalho exaustivo na roça.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Foram identificados como nós críticos:

- Resistência dos hipertensos seguirem as orientações alimentares essenciais ao tratamento da HAS.
- Sedentarismo.

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 e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “**Hipertensos que frequentam o PA quase diariamente, devido a picos hipertensivos**”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF de Imbiruçu, do município de Mutum-MG

Nó crítico 1	Resistência dos hipertensos seguirem as orientações alimentares essenciais ao tratamento da HAS.
6º passo: operação (operações)	Modificar hábitos alimentares.
6º passo: projeto	Organizar plano de intervenção na abordagem do paciente hipertenso desde o diagnóstico até o seguimento rotineiro da condição de saúde do mesmo.
6º passo: resultados esperados	Reduzir em pelo menos 30% o número de hipertensos com episódios recorrentes de picos hipertensivos na comunidade.
6º passo: produtos esperados	Palestras nas comunidades para orientação e divulgação do plano de ação.
6º passo: recursos necessários	<p>Cognitivo: conhecimento teórico sobre HAS, capacitando toda equipe sobre o assunto, visando melhor orientação dos pacientes.</p> <p>Financeiro: aquisição de aparelhos de aferição de PA para hipertensos que ainda não possuem.</p> <p>Político: espaço para reuniões e palestras.</p> <p>Logístico: disponibilidade de nutricionista para planejamento dietético individualizado.</p>
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	<p>Financeiro: aquisição de aparelhos de aferição de PA para hipertensos que ainda não possuem.</p> <p>Logístico: disponibilidade de nutricionista para planejamento dietético individualizado.</p>
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	<p>Secretaria de saúde – motivação favorável para aquisição de equipamentos</p> <p>Nutricionista – motivação desfavorável para presença na UBS para orientar atividades.</p>
9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	<p>Médico, enfermeira, nutricionista do NASF.</p> <p>Início em 45-60 dias</p>
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões para discussão do andamento das ações após 90 dias da implantação do plano de ação

Fonte: Autoria própria (2020)

Quadro 6 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “**Hipertensos que frequentam o PA quase diariamente, devido a picos hipertensivos**”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF de Imbiruçu, do município de Mutum-MG

Nó crítico 2	Sedentarismo
6º passo: operação (operações)	Estimular prática de atividades físicas aeróbicas.
6º passo: projeto	Organizar plano de intervenção na abordagem do paciente hipertenso desde o diagnóstico até o seguimento rotineiro da condição de saúde do mesmo.
6º passo: resultados esperados	Reduzir em pelo menos 30% o número de hipertensos com episódios recorrentes de picos hipertensivos na comunidade.
6º passo: produtos esperados	Palestras nas comunidades para orientação e divulgação do plano de ação.
6º passo: recursos necessários	<p>Cognitivo: conhecimento teórico sobre HAS, capacitando toda equipe sobre o assunto, visando melhor orientação dos pacientes.</p> <p>Financeiro: aquisição de material para prática de exercícios e aparelhos de aferição de PA para hipertensos que ainda não possuem.</p> <p>Político: espaço para reuniões e palestras, espaço para a prática de atividades físicas em grupo.</p> <p>Logístico: disponibilidade de educador físico para orientar prática de atividades físicas em grupo.</p>
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	<p>Financeiro: aquisição de material para prática de exercícios e aparelhos de aferição de PA para hipertensos que ainda não possuem.</p> <p>Logístico: disponibilidade do profissional de educação física do NASF para orientar prática de atividades físicas em grupo.</p>
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	<p>Secretaria de saúde – motivação favorável para aquisição de equipamentos</p> <p>Educador físico – motivação desfavorável para presença na UBS para orientar atividades.</p>
9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	<p>Médico, enfermeira, profissional de educação física do NASF</p> <p>Início em 45-60 dias</p>
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões para discussão do andamento das ações após 90 dias da implantação do plano de ação

Fonte: Autoria própria (2020)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na maioria dos pacientes com hipertensão essencial, a pressão arterial pode ser bem controlada e o risco cardiovascular reduzido por meio de uma combinação de intervenções no estilo de vida e medicamentos anti-hipertensivos de primeira linha.

Essas intervenções devem ser implementadas de forma que possibilitem ao indivíduo discutir questões relativas às suas condições crônicas e aos fatores de risco associados, ao mesmo tempo em que incentiva e apoia a promoção de um estilo de vida mais saudável. Nesse sentido, é altamente recomendável que os profissionais de saúde envolvidos com as intervenções, valorizem os indivíduos e as peculiaridades de cada um.

Além disso, os fatores de risco associados à hipertensão identificados nesta população mostram que essas questões representam um desafio para a equipe de saúde nas pequenas cidades, pois refletem estilos de vida modernos, como tabagismo, alimentação inadequada e sedentarismo. Esses hábitos resultam em agravos à saúde como obesidade e dislipidemia, os quais apresentam associações significativas com a HAS, importante causa de morbimortalidade em adultos no Brasil e no mundo.

REFERENCIAS

ALMEIDA, E. R. **A gênese dos núcleos de apoio à saúde da família**. Salvador: Universidade Federal do Bahia, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/21633>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Soc Bras Cardiol**. v. 116, n.3, p. 516-658, 2021. Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x14831.pdf. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 130 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015 Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>

BRASIL, Portaria n° 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). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 22 mar. 2021.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: trabalho de conclusão de curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2018. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. 2020 <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/mutum/panorama>, 2020.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análises estratégica e lógica. Rio de Janeiro: **Revista Saúde Debate**. v. 42, número especial 1, p. 18- 37, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44n126/666-677/>. Acesso em: 22 mar. 2021.

MARÇAL, D. L. **Ações educativas e atividade física para pacientes portadores de hipertensão arterial**. Jaboticatubas: Universidade Federal de Minas Gerais – Escola

de Enfermagem, 2014. Disponível em:
https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-UQZU/1/tcc_dara_18_06_2014.pdf.
Acesso em: 22 mar. 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 22 mar. 2021.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2012. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 22 mar. 2021.

SANTOS, R. S. **Plano de ação para controle da pressão arterial sistêmica em pacientes idosos com hipertensão crônica da UBS Jardim Profeta, Congonhas – MG**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2016. Disponível em:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/rodrigo-souza-santos.pdf>
Acesso em: 22 mar. 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde e serviços e tecnologia**. Brasília. UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2021.