

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva e Curso  
de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família

Juliana Meirelles Carvalho

**ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO  
ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ISIDORO CÂNDIDO  
FERREIRA, SANTA VITÓRIA, MINAS GERAIS**

Uberaba-MG  
2022

Juliana Meirelles Carvalho

**ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO  
ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ISIDORO CÂNDIDO  
FERREIRA, SANTA VITÓRIA, 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: Professora Dra. Helisamara Mota Guedes.

Uberaba-MG  
2022

Carvalho, Juliana Meirelles.  
C331a Acompanhamento e controle de pacientes com hipertensão arterial na Unidade de Saúde da Família Isidoro Cândido Ferreira, Santa Vitória, Minas Gerais [manuscrito]. / Juliana Meirelles Carvalho. - - Belo Horizonte: 2021.  
37 f.: il.  
Orientador(a): Helisamara Mota Guedes.  
Área de concentração: Estratégia Saúde da Família.  
Monografia (Especialização): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Hipertensão/complicações. 2. Hipertensão/prevenção & controle. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Territorialização da Atenção Primária. 5. Educação em Saúde. 6. Doenças não Transmissíveis. 7. Dissertação Acadêmica. I. Guedes, Helisamara Mota. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WG 340



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

### 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 **JULIANA MEIRELLES CARVALHO** intitulado "ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ISIDORO CONDIDO FERREIRA, SANTA VITÓRIA, 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. HELISAMARA MOTA GUEDES e Dra. MATILDE MEIRE MIRANDA CADETE. 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, 15 de dezembro de 2021.

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



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 17/12/2021, às 12:50, 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](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1150246** e o código CRC **BCFB7873**.

Juliana Meirelles Carvalho

**ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO  
ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ISIDORO CÂNDIDO  
FERREIRA, MINAS GERAIS**

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.

Orientadora: Professora Dra. Helisamara Mota Guedes

Banca examinadora

Professora Dra. Helisamara Mota Guedes.

UFVJM Professora Dra. Matilde Meire Miranda

Cadete-UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 27 de abril de 2021

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, por me permitir chegar até aqui e me amparar nos momentos mais difíceis.

À minha família e entes queridos, em especial aos meus pais, Júlio e Rosane; aos meus irmãos e ao meu namorado Matheus por todo o amparo, amor e carinho.

A toda a equipe do PSF Isidoro Cândido – MG que me receberam de portas abertas e foram de grande importância para o desenvolvimento desse trabalho.

E por fim, a todos os amigos e pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização do projeto.

“A medicina cria pessoas doentes, a matemática, pessoas tristes, e a teologia, pecadores” (LUTERO).

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como uma comorbidade crônica caracterizada por níveis elevados de pressão sanguínea nos vasos. Ela acontece quando os valores das pressões sistólica e diastólica são iguais ou superiores a 140x90 mmHg. É considerada um grave problema de saúde pública, por desencadear inúmeras complicações como o acidente vascular cerebral, o infarto agudo do miocárdio, a doença renal crônica e a insuficiência cardíaca. Isso deve de alguma forma gerar preocupação já que as doenças cardiocerebrovasculares são, atualmente, as maiores causas de óbitos no mundo. Tendo em vista o compromisso de atenção integral em saúde da família, o presente estudo objetivou elaborar um plano de intervenção voltado ao acompanhamento e controle de pacientes com HAS. Na construção deste trabalho foi utilizado o método de estimativa rápida para fazer o diagnóstico situacional do nosso território seguido de revisão bibliográfica e elaboração de um plano de ação fundamentado no Planejamento Estratégico Situacional Simplificado. Os nós críticos relacionados ao atendimento ao hipertenso foram: desproporção no número de consultas, falta de informação sobre riscos e agravos e baixa adesão aos grupos de atividade física. Foram propostas as seguintes medidas: selecionar grupos de pacientes com diagnóstico de HAS e periodizá-los de acordo com o estado da doença para consultas de acompanhamento do quadro; aumentar o nível de conscientização da população sobre a HAS através de encontros quinzenais; ressaltar durante os atendimentos na unidade básica, nas visitas domiciliares e demais meios de comunicação sobre a importância da realização de atividade física para um bom controle pressórico e consequente diminuição dos índices de morbimortalidade. Para manter uma pressão arterial adequada é necessário ter uma adesão do tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Espera-se com este projeto que haja uma reorganização de todo o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF), com melhora significativa na qualidade do acompanhamento dos pacientes portadores de HAS.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial. Educação em saúde. Atenção Básica. Doenças nãotransmissíveis.



## ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is defined as a chronic comorbidity characterized by high levels of blood pressure in the vessels. It occurs when the systolic and diastolic pressure values are equal to or greater than 140x90 mmHg. It is considered a serious public health problem, as it triggers numerous complications such as stroke, acute myocardial infarction, chronic kidney disease and heart failure. This should be of some concern, since cardiocerebrovascular diseases are currently the biggest causes of death in the world. In view of the commitment to comprehensive family health care, the present study aimed to develop an intervention plan aimed at monitoring and controlling patients with SAH. In the construction of this work, the rapid estimation method was used to make the situational diagnosis of our territory followed by a bibliographic review and the elaboration of an action plan based on the Simplified Situational Strategic Planning. The critical nodes related to the care of hypertensive patients were: disproportion in the number of consultations, lack of information on risks and injuries and low adherence to physical activity groups. The following measures were proposed: select groups of patients diagnosed with SAH and periodize them according to the state of the disease for follow-up consultations; increase the population's level of awareness of SAH through biweekly meetings; to emphasize during the attendance at the UBSF, during home visits and other means of communication about the importance of physical activity for a good pressure control and consequent decrease in morbidity and mortality rates. To maintain adequate blood pressure, it is necessary to have adherence to drug and non-drug treatment. This project is expected to reorganize the entire work process of the Family Health Strategy (FHS), with a significant improvement in the quality of the monitoring of patients with SAH.

**Keywords:** Hypertension. Health education. Primary Health Care. Non communicable Diseases.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Isidoro Cândido Ferreira, Unidade Básica de Saúde Isidoro Cândido Ferreira, município de Santa Vitória, M 20
- Quadro 2** - Achados do exame clínico e anamnese indicativos de risco para DCV. 25
- Quadro 3** - Modificações de estilo de vida para manejo da HAS. 27
- Quadro 4** - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1 relacionado ao problema “Deficiência no acompanhamento e controle dos hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Isidoro Cândido Ferreira, do município de Santa Vitória, MG. 32
- Quadro 5** - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Deficiência no acompanhamento e controle dos hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Isidoro Cândido Ferreira, do município de Santa Vitória, MG. 34
- Quadro 6** - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Deficiência no acompanhamento e controle dos hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Isidoro Cândido Ferreira, do município de Santa Vitória, MG. 35

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIFE	Centro Integrado de Fisioterapia e Educação Física
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	12
1.1 Aspectos gerais do município.....	12
1.2 O sistema municipal de saúde .....	13
1.3 Aspectos gerais da comunidade .....	15
1.4 A Unidade de Estratégia de Saúde da Família Isidoro Cândido de Ferreira ....	15
1.5 Equipe de Saúde da Família da Unidade de Estratégia de Saúde da Família Isidoro Cândido de Ferreira .....	16
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Isidoro Cândido Ferreira .	17
1.7 O dia a dia da Equipe de Saúde Isidoro Cândido Ferreira.....	17
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) .....	18
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para o plano de intervenção(segundo passo).....	20
2. JUSTIFICATIVA .....	21
3. OBJETIVOS .....	22
3.1 Objetivo geral .....	22
3.2 Objetivos específicos .....	22
4. METODOLOGIA.....	23
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	24
5.1 A Hipertensão Arterial e sua relação com a Atenção Primária à Saúde.....	24
5.2 Abordagens aos hipertensos nas Unidades de Saúde da Família .....	26
6. PLANO DE INTERVENÇÃO .....	29
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	29
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo) .....	29
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).....	32
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	37
8. REFERÊNCIAS.....	38

## 1. INTRODUÇÃO

O acompanhamento e controle da hipertensão arterial são consideradas medidas essenciais para redução de seus índices de morbimortalidade. Devem ser uma das prioridades das instituições de saúde devido à alta prevalência de hipertensos no mundo todo.

Poderia se dizer que na área pertencente ao PSF Isidoro Cândido Ferreira surgem de forma constante novos casos pela doença e muitas vezes ela está presente de forma descompensada em seus portadores. Diante disso, se tornou necessário a realização de um estudo capaz de modificar a evolução natural da doença.

Este estudo também se propôs a elaborar um plano de intervenção com objetivo de incentivar a periodização no acompanhamento desses indivíduos, aumentar o conhecimento sobre riscos e agravos e estimular a prática de atividade física de forma regular. Essas medidas, em conjunto, contribuirão para a melhoria da qualidade de vida da população assistida.

### 1.1 Aspectos gerais do município

Santa Vitória é uma cidade composta de aproximadamente 19.872 habitantes, com densidade demográfica de 6,04 habitantes por km<sup>2</sup>, localizada no Estado de Minas Gerais, na Mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba e Microrregião de Ituiutaba. Fica distante 750 km da capital, Belo Horizonte (IBGE, 2020). Localiza-se a uma latitude 18°50'19" sul e a uma longitude 50°07'17" oeste, estando a uma altitude de 498 metros (SANTA VITÓRIA, 2020).

É um município ainda em desenvolvimento em relação a questões tecnológicas, onde há apenas um provedor de internet que presta serviços precários à população. A economia se baseia na agropecuária e na presença de indústrias de açúcar e álcool, que movimentam trabalhadores de toda a cidade, bem como pessoas de outras localidades mais próximas.

A cidade possui como principal atividade cultural a ExpoSanta, responsável por atrair grande número de turistas à região. Na feira agropecuária, expositores de todo o país têm a oportunidade de fechar grandes negócios e produtores rurais

contam com atrativos para o aperfeiçoamento de seus rebanhos. O rodeio em touros e as atrações artísticas dão um toque especial a ExpoSanta que em todos os dias de festa tem os portões abertos ao público com entrada franca.

No âmbito educacional, o município conta com 10 escolas de ensino fundamental e três escolas de ensino médio. Possui taxa de escolarização de 97,4% entre 6 a 14 anos de idade (IBGE, 2020).

Apresenta 85,8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 96,4% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 9,4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2020).

## **1.2 O sistema municipal de saúde**

No que se refere à saúde, no município há um hospital, um pronto atendimento, uma unidade de especialidades, sete unidades de Saúde da Família, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um centro de fisioterapia e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A atividade política se divide entre dois grupos; há apoiadores de ambos os grupos entre a população e é um tema que gera muita discórdia entre os moradores. As práticas políticas são extremamente assistencialistas.

Santa Vitória é um município que prioriza a saúde realizando diversos investimentos nesse setor. Já vem de um sistema assistencialista, baseado em governos anteriores, que também destinavam grande parte dos recursos do município para a saúde.

Uma barreira que existe na qualidade dos serviços prestados é justamente o fato de a saúde ser um dos principais pontos de atenção do governo municipal, e atrair muitas pessoas de outros municípios ou até mesmo de outros estados, em busca de consultas, tratamentos e exames, o que gera um custo elevado para o município.

A cidade conta com médicos especialistas em diversas áreas e a maioria dos exames e cirurgias são realizados através dos sistemas integrados ou redes de atenção à saúde. O município conta com o tratamento fora do domicílio (TFD), e disponibiliza automóveis, vans e até mesmo ônibus para o transporte de

pacientes até municípios maiores, com mais recursos médicos e hospitalares disponíveis.

A Atenção Primária é a porta de entrada no sistema de saúde. É composta por sete equipes de saúde da família, distribuída em cada bairro da cidade, sendo seis na área urbana e seis na área rural. Semanalmente uma equipe da área urbana se desloca para atender em uma zona rural, ficando em uma unidade em que residem aproximadamente 200 pessoas. Na unidade da zona rural onde atua uma equipe, também há um serviço de pronto atendimento 24 horas. O município também conta com uma equipe no NASF composta por assistente social, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e educador físico; e com um CAPS.

Em relação à Atenção Secundária, o município conta com uma unidade mista, onde são realizados os atendimentos por especialistas, um pronto atendimento 24 horas, localizado na região central da cidade e um hospital também na região central, que é privado, porém atende pacientes do SUS, devido uma verba mensal destinada para esses atendimentos.

Os serviços de apoio diagnóstico, como radiografias e exames de ultrassonografia, são realizados na unidade central de especialidades. Exames como endoscopia e colonoscopia, são realizados no hospital, e outros exames como tomografia, ressonância, mamografia, entre outros, são realizados em outros municípios. Há uma farmácia que dispensa medicamentos básicos e de alto custo. O município passou a contar recentemente com uma equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), composta por motorista socorrista e um técnico de enfermagem.

Quanto ao Sistema Logístico, há uma equipe para o transporte de usuários a outros municípios para o TFD, e também para transporte de funcionários no exercício das funções, como visitas domiciliares e transporte de materiais e equipamentos. Cada equipe de saúde da família conta com um motorista. Há prontuário eletrônico no município através da plataforma do ESUS, porém na maior parte do tempo o mesmo encontra-se indisponível. Todos os usuários possuem o cartão do SUS, que é exigido no momento do atendimento e também um Cartão da Família para serem atendidos nas Unidades de Saúde da Família.

As referências e contrarreferências são agendadas pela secretaria municipal de saúde e o usuário é encaminhado pelo médico da USF para o especialista. No caso de atendimentos agendados em outro município, há a

garantia do transporte para o usuário.

A referência é realizada através de encaminhamentos no qual o outro profissional tem uma breve história do paciente encaminhado, mas nem sempre recebemos a contrarreferência do que foi realizado.

O modelo de atenção à saúde predominante no município é o de prevenção de doenças e promoção da saúde, associado aos serviços de urgência. Contudo, o modelo biomédico ainda é muito presente no modelo de atenção à saúde de Santa Vitória- MG.

### **1.3 Aspectos gerais da comunidade**

A comunidade adscrita no PSF Isidoro Cândido Ferreira conta com um total de 3408 pessoas. A área de atuação é composta por quatro bairros: Centro (onde está localizada a unidade), Novo Horizonte, Amoreiras e Morumbi.

A população conta com redes de saneamento básico, coleta regular de lixo e ruas asfaltadas e iluminadas. No território estão localizados alguns pontos de pequenos comércios (bares e farmácias), escola, igrejas, praças, academia da cidade, pronto atendimento municipal e secretaria de saúde.

De um modo geral, o bairro Centro caracteriza-se por ser mais familiar e tradicional, no qual se observa um grande número de idosos e indivíduos que vieram de outras cidades para trabalhar em Santa Vitória. Já as outras localidades assistidas pela unidade constituem bairros menos tradicionais e com uma maior quantidade de pessoas carentes, com condições socioeconômicas mais precárias.

A região de abrangência conta com uma escola particular denominada Cooperativa de Ensino de Santa Vitória (COESA) e não possui creches. Apesar de também possuir igrejas católicas, destaca-se o grande número de instituições evangélicas. Não se observam reuniões em associação e/ou uma força comunitária local para discussão de melhorias na região.

### **1.4 A Unidade de Estratégia de Saúde da Família Isidoro Cândido de Ferreira**

A unidade de ESF Isidoro Cândido de Ferreira possui 1965 domicílios cadastrados, com um total de 3408 pessoas. Ela está localizada no centro da



cidade, na Avenida Francisco dos Reis Goularte. A maioria de sua população é composta por adultos de meia-idade e idosos, e quem trabalha vive basicamente dos empregos em usinas de açúcar e álcool. No bairro não há escolas, creches e nosso território não abrange indivíduos da zona rural.

As principais causas de óbito na cidade são: relacionadas à idade, devido ao grande número de idosos que vivem na área de atuação da equipe de saúde; doenças cardíacas; doenças pulmonares; câncer; doenças renais; acidentes de trânsito; homicídios, principalmente entre os portadores de doenças mentais.

As principais causas de internações são por descompensação de doenças pulmonares e cardiovasculares (hipertensão, diabetes).

As principais notificações da nossa área são relacionadas a profilaxia de raiva humana, acidentes de trabalho, acidentes com animais peçonhentos, tentativas de suicídio e violência sexual.

A Unidade de Saúde da Família Isidoro Cândido Ferreira, localizada no centro da cidade, foi inaugurada há cerca de 8 anos. O prédio é próprio, novo, espaçoso e atende bem a demanda de usuários que buscam atendimento na unidade.

Há um número suficiente de cadeiras para que todos possam esperar sentados pelo atendimento, aparelhos de ar condicionado e ventiladores, o que faz com que a espera pelo atendimento não se torne tão árdua, devido ao calor intenso e constante que faz no município.

Há uma sala de reuniões que comporta todos os funcionários da equipe e todos os consultórios possuem aparelhos de ar condicionado. A limpeza e organização do ambiente também o tornam agradável.

A estrutura da unidade é boa, o local é confortável, os principais problemas são em relação à substituição de equipamentos, pois é algo que depende do setor de compras e licitação, o que demora algum tempo.

### **1.5 Equipe de Saúde da Família da Unidade de Estratégia de Saúde da Família Isidoro Cândido de Ferreira**

A equipe de saúde é composta por vários profissionais de várias áreas. Temos uma médica, que iniciou na estratégia de saúde da família (ESF) há dois anos; uma enfermeira que iniciou nesta unidade há cerca de três anos, mas

anteriormente trabalhou em várias unidades no município; seis agentes comunitários de saúde (ACS); duas técnicas de enfermagem, uma que iniciou há um ano, outra que entrou na unidade há dois meses; duas auxiliares de serviços gerais; duas recepcionistas; uma cirurgiã dentista que atua há dois anos e meio e uma auxiliar de saúde bucal que atua há dois anos. Todos, em conjunto, trabalham para o melhor atendimento dos pacientes. A médica trabalha na área dos atendimentos, realiza visitas domiciliares, além de ajudar e palestrar em grupos operacionais e reuniões. A enfermeira realiza a triagem das unidades mais distantes, realiza procedimentos e vacinas, administra a unidade, além de ser o suporte de toda a equipe. Os técnicos de enfermagem ajudam nas triagens do médico da saúde da família além de realizar trocas de curativos, vacinas e ajudar na parte da assistência. Os ACS realizam as visitas mensais dos pacientes e repassam as situações para a equipe, ajudam na assistência, distribuem exames a serem realizados, organizam as agendas e prontuários, além de estarem atentos a todos os movimentos dos pacientes, como internações, atendimentos médicos no município e fora do município. A cirurgiã dentista e a auxiliar de saúde bucal realizam todo o tratamento bucal disponível pelo SUS, muitas vezes em conjunto com o atendimento médico, realizam as visitas domiciliares e ajudam em palestras.

## **1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Isidoro Cândido Ferreira**

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Isidoro Cândido Ferreira funciona de segunda-feira a sexta-feira, das 07h00 às 17h00. As agendas dos profissionais são organizadas pelas recepcionistas e readequadas de acordo com as necessidades dos profissionais e com auxílio da enfermeira, que exerce as atividades assistenciais e administrativas da unidade.

## **1.7 O dia a dia da Equipe de Saúde Isidoro Cândido Ferreira**

O acolhimento é realizado por todos os profissionais da equipe, principalmente pelas recepcionistas, que são os primeiros contatos dos usuários ao entrarem na unidade. Apesar das demandas espontâneas, a maioria dos atendimentos médicos e odontológicos é realizado mediante consultas

agendadas. Os grupos para portadores de doenças crônicas são realizados mensalmente e há uma grande participação da comunidade. Os exames para detecção precoce de câncer de colo de útero são semanalmente realizados pela enfermeira, através de agendamento prévio. As visitas médicas domiciliares também são realizadas semanalmente e agendadas previamente, salvo em casos de urgência, onde o atendimento é realizado sem agendamento e de acordo com a disponibilidade do médico e de um motorista para realizar o deslocamento, caso necessário.

As ações a serem ofertadas são previamente planejadas e organizadas em comum acordo com a equipe e conforme as necessidades da população. Normalmente a enfermeira coordena as ações, porém é muito aberta a sugestões e aceita o apoio dos membros da equipe e de profissionais do NASF e CAPS.

Cada dia da semana na Unidade é diferente. A maior parte dos atendimentos é demanda espontânea e retorno de pacientes para controle de doenças crônicas. As visitas domiciliares são realizadas na quinta-feira à tarde. Nas quartas e sextas conseguimos focar o atendimento em demanda espontânea, juntamente com o acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Já na terça-feira à tarde, o tempo é destinado à renovação de medicações de uso contínuo.

Os atendimentos odontológicos são diários, de segunda a sexta, em dois turnos, sendo livre demanda.

O acolhimento tem início desde a recepção. Após serem recebidos, os pacientes são encaminhados para a equipe de enfermagem que realiza a triagem.

Uma ou duas vezes por mês fazemos promoção à saúde, grupos operativos e reuniões.

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

Através do método de estimativa rápida para fazer o diagnóstico situacional do nosso território e a reunião com toda a equipe de saúde da unidade estabelecemos que os principais problemas encontrados sejam relacionados à elevada incidência de doenças que afetam à Saúde Mental como Depressão e Ansiedade; à deficiência no acompanhamento e controle dos hipertensos; a automedicação frequente; a má adesão medicamentosa e por fim, o

uso indiscriminado de psicotrópicos sem acompanhamento periódico, principalmente pelo uso de benzodiazepínicos cronicamente e sem a avaliação posterior do quadro do paciente.

Após reunião com toda a equipe de saúde da Unidade Básica Isidoro Cândido Ferreira, estabeleceu-se como problema prioritário a abordagem sobre hipertensão arterial, doença crônica mais prevalente em nossos usuários. Estavam presentes todos os membros da unidade, incluindo as agentes comunitárias de saúde, a enfermeira e as técnicas de enfermagem. No levantamento dos principais problemas não houve divergências entre as opiniões da equipe, contudo na hora de priorizar, algumas profissionais acreditavam que seria melhor trabalhar com doenças relacionadas à saúde mental. Porém, no final decidiu-se pela intervenção voltada para hipertensão, devido a taxa mais elevada de casos na população adscrita.

Segundo dados epidemiológicos da própria UBSF, a hipertensão é a doença crônica mais prevalente, acometendo aproximadamente cerca de 546 pessoas. Contudo, apenas 268 são acompanhadas regularmente pela unidade. Dessa forma, foi possível verificar que há um grande número de pessoas sem acompanhamento periódico. Tal fato justifica o relevante número de pacientes com complicações decorrentes da doença como infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE).

Em relação à explicação situacional ficou evidente que as principais causas que levam à hipertensão arterial sistêmica na população dentro da área de abrangência da Unidade são envelhecimento da populacional, sedentarismo, obesidade e dieta inadequada.

Foi colocado pelas ACS que a carência da população pode justificar a hipertensão arterial sistêmica (HAS), já que por terem um salário reduzido, a maioria dos pacientes possui uma dieta desregulada e desbalanceada, rica em alimentos industrializados e pobre em frutas e verduras.

Porém, o que se observa é que grande parte deles são também sedentários. No município de Santa Vitória, dispomos de atividades físicas custeadas pela prefeitura que podem ser realizadas no Centro Integrado de Fisioterapia e Educação Física (CIFE) que conta com hidroginástica, alongamento, natação, caminhada e também possuímos a Academia da Saúde. Contudo, o que realmente falta na população é uma maior conscientização sobre sua real

importância para a saúde.

Na farmácia do município raramente faltam medicações anti-hipertensivas básicas. Além disso, dispomos de nutricionistas na UBSF e também no Ambulatório de Especialidades da Unidade Mista. Porém, sempre que possível, buscamos orientar os pacientes sobre mudanças nos hábitos de vida durante as consultas.

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

Após a discussão dos problemas, estabelecemos as prioridades através da importância, urgência e capacidade de enfrentamento de cada uma das situações.

**Quadro 1** - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Isidoro Cândido Ferreira, Unidade Básica de Saúde Isidoro Cândido Ferreira, município de Santa Vitória, MG.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Deficiência no acompanhamento e controle dos hipertensos	Alta	8	Parcial	1
Má adesão medicamentosa	Alta	7	Parcial	2
Auto-medicação frequente	Alta	6	Parcial	3
Elevada incidência de doenças da Saúde Mental	Alta	5	Parcial	4
Uso Indiscriminado de Psicotrópicos sem acompanhamento	Alta	4	Parcial	5

Fonte: Elaborada pela própria autora.

\* Alta, média ou baixa

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

\*\*\* Total, parcial ou fora

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

## 2. JUSTIFICATIVA

Dentre os vários problemas de saúde predominantes na UBSF Isidoro Cândido Ferreira, a equipe resolveu aprofundar o estudo sobre o acompanhamento e controle adequado dos níveis pressóricos em pacientes hipertensos.

A HAS é a principal doença cardiovascular encontrada no mundo. Necessita ser diagnosticada e acompanhada precocemente pois quando descompensada aumenta o risco de complicações que podem levar a óbito tais como: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, arritmias, doença arterial periférica, dissecação de aorta e aterosclerose.

A hipertensão arterial se revelou a comorbidade mais prevalente em nossa área de abrangência. Dessa forma, é importante manter a doença em acompanhamento e sob controle para evitar suas futuras complicações.

Espera-se que a partir deste trabalho, o paciente hipertenso seja acompanhado de forma sistemática e contínua em consultas e visitas domiciliares e obtenha um maior conhecimento sobre a importância de mudanças nos hábitos de vida e sobre os riscos e agravos decorrentes do quadro e que aumentam drasticamente os índices de mortalidade.

### **3. OBJETIVOS**

Perante o exposto, pretende-se responder à questão levantada nesta pesquisa, e para tal, estabeleceram-se os objetivos, divididos em geral e específicos, detalhados a seguir

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um plano de intervenção para melhorar o controle e acompanhamento de pacientes hipertensos cobertos pela UBSF Isidoro Cândido.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Estratificar os hipertensos de acordo com os fatores de risco comportamentais, sociodemográficos e clínicos;
- Conscientizar aos pacientes da UBSF Isidoro Cândido do município de Santa Vitória sobre a importância do tratamento medicamentoso e não medicamentoso da hipertensão;
- Apontar as ações para melhoria no atendimento da população hipertensa da área de abrangência.

#### 4. METODOLOGIA

Para realizar o plano de intervenção foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações voltadas para a comunidade em estudo (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

A equipe de saúde da família, por meio do desenvolvimento de ações que levam à proximidade com a comunidade, fez um levantamento dos problemas para se levantar possíveis soluções. Isto foi feito pela prática da observação, diálogo com a população e também, analisando os registros sobre o tema, por meio da Estimativa Rápida.

Para alcançar o referencial teórico foi realizado levantamento bibliográfico nas bases de dados da Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) com os descritores: hipertensão arterial, educação em saúde, atenção básica, doenças não transmissíveis.

Em relação à implementação do plano de intervenção, primeiramente foi feita a definição do problema através do diagnóstico situacional. Conhecido o problema e suas principais causas foi elaborado o plano de ação, onde foram descritos a operação/projeto, os resultados e produtos esperados e os recursos necessários para as operações.



## 5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 A Hipertensão Arterial e sua relação com a Atenção Primária à Saúde

No Brasil a Hipertensão Arterial atinge 36 milhões (32,5%) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular. Somado a diabetes *mellitus* apresentam complicações cardíacas, renais e AVE que impactam a perda da produtividade do trabalho e da renda familiar (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A Hipertensão Arterial (HA) é uma doença crônica definida por níveis pressóricos maiores ou iguais a 140x90 mmHg de forma persistente. Ela é considerada uma condição multifatorial que está relacionada a fatores genéticos, sociais e ambientais. A medida da pressão arterial deve ser feita com técnica correta em pelo menos duas ocasiões diferentes. É recomendado, se possível, a validação de tais medidas em ambiente fora do consultório, por meio, por exemplo, da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) (BARROSO *et al.*, 2021).

As doenças cardiovasculares (DCV) são as maiores causas de óbitos no mundo.

Segundo Radovanovic *et al.*, (2014, p. 548):

Elas foram responsáveis por mais de 17 milhões de óbitos em 2008, dos quais três milhões ocorreram antes dos 60 anos de idade, e grande parte poderia ter sido evitada. A Organização Mundial de Saúde estima que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares.

De acordo com Radovanovic *et al.*, (2014, p. 548), dentre as DCVs, “a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares, sendo considerada um problema de saúde pública em âmbito mundial”.

Sua alta prevalência está relacionada a fatores de risco tais como idade avançada, sedentarismo, tabagismo, etilismo, sexo feminino, fatores genéticos e ingesta excessiva de sal na dieta (CARDOSO *et al.*, 2020).

O Quadro 2 aponta os fatores de risco baixo/intermediário e alto que influenciam na estratificação de risco de uma pessoa hipertensa. Torna-se

importante conhecer os fatores de risco para mensurar a gravidade do paciente e desta forma oferecer uma assistência mais direcionada a cada situação.

**Quadro 2** - Achados do exame clínico e anamnese indicativos de risco para DCV.

<b>Baixo risco/Intermediário</b>	<b>Alto risco</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabagismo</li> <li>• Hipertensão</li> <li>• Obesidade</li> <li>• Sedentarismo</li> <li>• Sexo masculino</li> <li>• História familiar de evento cardiovascular prematuro (homens a partir de 65 anos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acidente vascular cerebral (AVC) prévio</li> <li>• Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio</li> <li>• Lesão periférica – Lesão de órgão-alvo (LOA)</li> <li>• Ataque isquêmico transitório (AIT)</li> <li>• Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE)</li> <li>• Nefropatia</li> <li>• Retinopatia</li> <li>• Aneurisma de aorta abdominal</li> <li>• Estenose de carótida sintomática</li> <li>• Diabetes <i>mellitus</i></li> </ul>

Fonte: (BRASIL, 2013, p.40).

A estratificação do risco de paciente hipertenso utilizando o escore de Framingham torna-se uma ferramenta útil e de fácil aplicação na prática clínica. Por meio da pontuação é possível saber o risco cardiovascular e definir condutas sugeridas nas linhas guias (BRASIL, 2013).

O hipertenso que apresenta apenas um fator de risco baixo/intermediário conforme mostrado no QUADRO 2, já é considerado como baixo risco cardiovascular não sendo necessário calcular o escore. Diante de ao menos um fator de alto risco cardiovascular, também não há necessidade de calcular o escore, pois esse paciente já é considerado como alto risco cardiovascular. Deve-se realizar o cálculo quando o usuário apresentar mais de um fator de risco baixo/intermediário (BRASIL, 2013). Pacientes de alto risco serão acompanhados mais de perto pelos profissionais de saúde comparados ao de baixo e intermediário risco.

## 5.2 Abordagens aos hipertensos nas Unidades de Saúde da Família

Segundo o Ministério da saúde (BRASIL, 2006 *apud* MENEZES; PORTES; SILVA, 2020, p. 326):

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada em 1994, é a vertente brasileira da atenção primária à saúde (APS), caracterizada como a “porta de entrada” prioritária em um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado. Com relação à HAS, a ESF se utiliza de várias ações que incluem medida da PA, consultas médicas e de enfermagem, atividades educativas individuais e coletivas, e acesso ao tratamento apropriado nos demais níveis hierárquicos do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). As equipes da ESF trabalham com o intuito de identificar precocemente os portadores de HAS, acompanhá-los adequadamente, orientá-los sobre a manutenção dos parâmetros pressóricos em níveis normais e os riscos decorrentes da sua elevação.

Apesar de já serem conhecidas medidas preventivas e terapêuticas para um adequado controle pressórico, infelizmente a doença continuará representando um dos maiores desafios sociais e de saúde nas próximas décadas (BARRETO; REINERS; MARCON, 2014).

O melhor método de abordagem aos hipertensos é baseado no processo de educação em saúde. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a educação da população e da equipe de saúde é fundamental para diminuir as complicações e os índices de morbimortalidade decorrentes da doença (VASCONCELOS; GRILO; SOARES, 2009).

As unidades básicas de saúde devem promover ações contínuas de conscientização por meio de mídia, campanhas temáticas periódicas e ações adicionais de forma preventiva e como tratamento da HAS. As ações de prevenção, detecção e controle da HA devem incorporar crianças e adolescentes em uma abordagem escolar; implementação de programas multiprofissionais; redução do conteúdo de sódio e gorduras saturadas dos alimentos industrializados; e monitorização das ações de prevenção e controle da HA e seus resultados por meio dos indicadores de saúde (BARROSO *et al.*, 2021).

Cabe às equipes da Atenção Básica o desafio de iniciar o tratamento dos casos diagnosticados de HAS e de manter o acompanhamento regular motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. A assistência deve ser multiprofissional com o intuito da manutenção de níveis

pressóricos controlados e também de reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2014).

De acordo com Bricarello (2020 *apud* SALOTI; MEDEIROS; SANTOS, 2020,p.2905), “o uso da dieta DASH tem grande valor para controle da hipertensão, já que ela prevê ingestão elevada de frutas, vegetais e cálcio, e consumo reduzido de gorduras saturadas”.

A dieta traz grandes benefícios à população, mas não é suficiente para um verdadeiro impacto na saúde coletiva. Neste sentido, é indiscutível o papel ímpar das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seus profissionais na prevenção, tratamento e controle da doença (SALOTI; MEDEIROS; SANTOS, 2020).

Deve-se orientar os indivíduos a evitar o sedentarismo e realizar atividades físicas moderadas durante pelo menos 150 minutos/semana ou atividades físicas vigorosas por no mínimo 75 minutos/semana. Os exercícios aeróbicos tais como caminhada, natação, hidroginástica, ciclismo e corrida podem ser praticados por 30 minutos de 5 a 7 vezes na semana (BARROSO *et al.*, 2020).

O quadro abaixo mostra a ação das medidas não farmacológicas na redução da hipertensão arterial (QUADRO 3).

**Quadro 3** - Modificações de estilo de vida para manejo da HAS.

<b>Modificação</b>	<b>Recomendação</b>	<b>Redução da PA em mmHg</b>
Redução de peso	Manter IMC entre 18,5 e 24,9kg/m <sup>2</sup>	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 decerveja), para homens e, 15ml de etanol/dia para mulheres e indivíduos de baixo peso.	2 a 4

Fonte: BRASIL (2013, p. 38).

É importante que as equipes multiprofissionais das unidades básicas de saúde acompanhem e orientem esses pacientes a respeito da reeducação alimentar e da cessação de hábitos de vida inadequados tais como etilismo, consumo excessivo de sal na dieta e tabagismo. Trabalhos locais como organização de palestras educativas, formação de grupos de caminhada e de autoajuda também devem ser realizados. A prevenção da doença ajudaria o Sistema Único de Saúde, uma vez que no ano de 2018, os gastos relacionados à hipertensão, diabetes e obesidade ultrapassaram 3 bilhões de reais, sendo mais da metade gasta com o tratamento dos hipertensos (SALOTI; MEDEIROS; SANTOS, 2020).

## **6. PLANO DE INTERVENÇÃO**

Esta proposta refere-se ao problema priorizado “deficiência no acompanhamento e controle dos hipertensos”, 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”, 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 utilização do método de estimativa rápida para fazer o diagnóstico situacional do nosso território e a reunião com toda a equipe de saúde da unidade estabelecemos que os principais problemas encontrados estejam relacionados à elevada incidência de doenças que afetam a saúde mental como depressão e ansiedade; à deficiência no acompanhamento e controle dos hipertensos; a automedicação frequente; a má adesão medicamentosa e por fim, o uso indiscriminado de psicotrópicos sem acompanhamento periódico, principalmente pelo uso de benzodiazepínicos cronicamente e sem a avaliação posterior do quadro do paciente.

### **6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)**

Dentre os problemas levantados em reunião da equipe, estabeleceu-se como prioridade a deficiência no acompanhamento dos hipertensos, visto a importância do problema, o caráter de urgência relativa do mesmo e o fato de a equipe apresentar capacidade de enfrentamento.

Foi feito um levantamento do número de hipertensos na área de abrangência e observou-se que possuem cerca de 546 pacientes com diagnóstico de HAS. Contudo, desde o início da minha inserção na UBSF, poucas dessas pessoas realizaram consulta de rotina. Grande parte solicita atendimento apenas

quando apresentam oscilações dos níveis pressóricos e seus sintomas associados.

Além disso, a maioria dos pacientes faz uso de drogas anti-hipertensivas em doses não otimizadas, se automedicam, têm uma má adesão medicamentosa e não seguem as orientações dos profissionais de saúde, principalmente no que se refere a mudanças no estilo de vida.

Causas para não controle da hipertensão relacionadas à equipe de saúde:

Fatores relacionados ao processo de trabalho:

- 1) Ineficiência na programação de atividades (pela sobrecarga numérica de atendimentos);
- 2) Desproporção no número de consultas (alguns consultam toda semana, outros raramente);
- 3) Falta de busca ativa pelos pacientes sem acompanhamento.

Fatores estruturais:

- 1) Alta rotatividade dos profissionais.

Causas para não controle da hipertensão relacionadas aos pacientes:

- 1) Perfil cultural local: grande parte dos pacientes tem o hábito de procurar diretamente o pronto-atendimento em casos de crise hipertensiva, sem realizar o devido acompanhamento periódico na UBSF;
- 2) Baixa adesão medicamentosa;
- 3) Falta de informação sobre riscos e agravos;
- 4) Baixo nível educacional;
- 5) Baixa adesão aos grupos de atividade física;
- 6) Desequilíbrio alimentar.

Causas para não controle da hipertensão relacionadas à gestão de saúde:

- 1) População adscrita muito acima do recomendado (sobrecarga numérica da população);
- 2) Deficiência na cota de exames para a utilização de protocolos clínicos (municipais);
- 3) Demora na autorização dos exames laboratoriais e de alta complexidade;
- 4) Falta de estímulo para ações preventivas, de promoção e de reabilitação.

Consequências:

- 1) Aumento da incidência de eventos cardiovasculares como IAM e AVE;
- 2) Dados desatualizados (SIAB), não condizentes com a realidade local;
- 3) Automedicação;
- 4) Receitas vencidas;
- 5) Ampliação do número de óbitos;
- 6) Aumento do ônus ao sistema público de saúde, devido a maior demanda de média e alta complexidade.

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

Nesse momento foi necessário identificar os “nós críticos”, que são as principais causas da deficiência no acompanhamento e controle dos hipertensos. São eles:

- Desproporção no número de consultas (alguns consultam toda semana, outros raramente);
- Falta de informação sobre riscos e agravos;
- Baixa adesão aos grupos de atividade física;
- Essas situações relacionadas com o problema principal são as que a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que podem ter importante impacto sobre o problema escolhido.



#### 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)

Nos Quadros de 4 a 6 estão apresentados os projetos para os nós críticos identificados no diagnóstico situacional. Nestes, também estão presentes os resultados, produtos, prazos, atores responsáveis, dentre outras informações necessárias para a realização da operação proposta.

**Quadro 4** - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1 relacionado ao problema “Deficiência no acompanhamento e controle dos hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Isidoro Cândido Ferreira, do município de Santa Vitória, MG.

<b>Nó crítico 1</b>	<b>Desproporção no número de consultas</b>
<b>6º passo: operação</b> (operações)	Selecionar grupos de pacientes com diagnóstico de HAS e periodizá-los de acordo com o estado da doença para consultas de acompanhamento do quadro (estratificação de risco)
<b>6º passo: projeto</b>	Periodização no acompanhamento dos hipertensos
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Promoção de uma igualdade de atendimento entre a população, melhorando o monitoramento individual e reduzindo a quantidade de hipertensos descontrolados; processo de trabalho organizado; horários na agenda reservados aos hipertensos.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Realização de hiperdia, atendimento continuado, classificação de risco dos pacientes, melhora de adesão ao tratamento e controle da doença, redução de complicações decorrentes da doença
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Cognitivo: conhecimento sobre a organização e funcionamento das UBSFs.  Financeiro: recursos necessários para a organização do serviço.  Organizacional: organização da agenda de atendimento aos hipertensos.  Político: Apresentação do projeto aos gestores locais
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Cognitivo: domínio da agenda do serviço de saúde.  Político: aprovação do projeto pelo secretário municipal de saúde. Disponibilização de recursos e cotas de exames suficientes para o adequado acompanhamento dos hipertensos.  Financeiro: financiamento de projetos em saúde.

<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	<p>Atores que controlam: Secretário Municipal de Saúde; Coordenador da Atenção Básica à Saúde.</p> <p>Motivação: favorável.</p> <p>Operação estratégica: Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde e para os profissionais da Atenção Básica à Saúde.</p>
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazo</b>	<p>Responsáveis: Médica e Coordenador da Atenção Básica à Saúde.</p> <p>Prazo: três meses</p>
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	<p>Durante o período inicial de implantação do projeto serão utilizadas para avaliação reuniões mensais com a ESF. Depois que a proposta de intervenção já estiver implementada, as avaliações do projeto serão realizadas semestralmente. Deve haver um aumento na quantidade de hipertensos em acompanhamento regular.</p>

Fonte: Elaborado pela própria autora.

**Quadro 5** - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Deficiência no acompanhamento e controle dos hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Isidoro Cândido Ferreira, do município de Santa Vitória, MG.

<b>Nó crítico 2</b>	<b>Falta de informação sobre riscos e agravos</b>
<b>6º passo: operação</b> (operações)	Aumentar o nível de conscientização da população sobre a Hipertensão Arterial.  Através de encontros quinzenais, realizar palestras, expor vídeos educativos, distribuição de material informativo e rodas de papo, para levar informações gerais sobre a doença.
<b>6º passo: projeto</b>	Conscientizar +
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Espera-se que os pacientes obtenham maior conhecimento sobre o quadro de HAS e assim possam entender a importância de seu devido acompanhamento e tratamento adequado.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Avaliação do nível de conhecimento da população sobre Hipertensão Arterial; Campanha de divulgação de informações na rádio local; Aumento do nível de informação sobre a doença.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Cognitivo: Reunir todos os profissionais da saúde para tomarem conhecimento do projeto, e assim estruturar uma equipe para elaborar cartazes, folders, cartilhas, palestras e vídeos educativos contendo informações e alertas sobre a doença e suas possíveis complicações.  Financeiro: disponibilização de materiais educativos relacionados à HAS.  Político: parceria, mobilização social.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Cognitivo: maior conhecimento sobre a doença.  Financeiro: recursos para confecção de materiais educativos (panfletos e cartazes) relacionados à hipertensão arterial.  Político: mobilizar parcerias com a população e outros setores da rede e conseguir espaço na rádio local.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Atores que controlam: Associação de Moradores; Secretário municipal de saúde.  Motivação: favorável.  Operação estratégica: apresentar projeto para população.
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazo</b>	Responsáveis: Equipe de Saúde da Família; Secretaria Municipal de Saúde.  Prazo: três meses.
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	O coordenador responsável pela UBSF auxiliará na elaboração e implementação do projeto. E a avaliação será por meio da aplicação de um questionário à população após o encerramento do projeto.

Fonte: Elaborado pela própria autora.

**Quadro 6** - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Deficiência no acompanhamento e controle dos hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Isidoro Cândido Ferreira, do município de Santa Vitória, MG.

<b>Nó crítico 3</b>	Baixa adesão aos grupos de atividade física.
<b>6º passo: operação</b> (operações)	Ressaltar durante os atendimentos na UBSF, nas visitas domiciliares e demais meios de comunicação sobre a importância da realização de atividade física para um bom controle pressórico e consequente diminuição dos índices de morbimortalidade pela doença.  Sugerir aos pacientes a realização de atividades físicas no mínimo 3x/semana, de preferência, aquelas que lhes tragam prazer antes, durante e/ou após a execução.
<b>6º passo: projeto</b>	Ativa-Idade.
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Através da atividade física, a população e os pacientes adotem hábitos mais saudáveis, se sintam motivados em fazer uma atividade constante, melhorando os níveis pressóricos.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Programa de caminhadas; campanha educativa na rádio local; capacitação adequada dos profissionais de saúde; convites e mutirão para realização da avaliação física.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Cognitivo: Orientações claras sobre a importância de exercícios físicos pelo ESF e profissional de Educação Física  Financeiro: Para recursos audiovisuais e folhetos educativos.  Organizacional: elaboração de convites para mutirão de avaliação física e para caminhada;  Político: Articulação entre ESF e NASF.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Cognitivo: identificar a importância de mudanças nos hábitos de vida para um adequado controle pressórico.  Organizacional: organizar caminhadas orientadas e palestras sobre atividade física.  Financeiro: conseguir recursos para os folhetos educativos e recursos audiovisuais.  Político: conseguir espaço na rádio local.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Atores que controlam: Equipe de Saúde da Família; Secretaria Municipal de Saúde.  Motivação: favorável  Operação estratégica: apresentar o projeto para a Secretaria de Saúde; apresentar o projeto para a população.
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazo</b>	Responsáveis: Equipe de Saúde da Família; Secretaria Municipal de Saúde.  Prazo: seis meses.

<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	À medida que as intervenções forem feitas, ocorrerá encontros periódicos com a equipe para avaliar o nível de comprometimento dos profissionais além de buscar dificuldades encontradas e assim propor alternativas para resolvê-las. Durante as visitas domiciliares e consultas na unidade, o paciente portador de HAS sempre deve passar por aferição da pressão arterial e ser orientado sobre a importância da realização de atividades físicas e mudanças no estilo de vida. Isto tornará o tratamento da HAS mais eficiente, reduzindo o risco de agravos. O acompanhamento do plano de ação será realizado quinzenalmente pelo Profissional de Educação Física, através do monitoramento do caderno de registros de atendimentos individuais e caderno de registros dos grupos de atividades físicas.
--	---

Fonte: Elaborado pela própria autora.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido à alta morbimortalidade associada à HAS, torna-se imprescindível o acompanhamento e controle adequado para a modificação da história natural da doença. A hipertensão arterial é a doença crônica, não transmissível, mais frequente na nossa área de abrangência e, suas complicações são umas das principais causas de morte no território.

Para que o controle da hipertensão arterial seja eficiente é preciso que os pacientes sejam abordados por equipe multiprofissional, o que envolve reflexão sobre o assunto e a busca permanente de capacitação por todos os trabalhadores envolvidos.

A manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Verificamos que é imprescindível o papel de cada profissional de saúde na identificação, dentro da sua população-alvo, das variáveis envolvidas e associadas ao tratamento e cumprimento das orientações terapêuticas, levando em consideração a estrutura disponível para o atendimento desta população.

Espera-se que este trabalho contribua para um melhor acompanhamento do paciente hipertenso através da formulação de estratégias voltadas para práticas em educação à saúde, na busca do apoio da prefeitura e outras instituições que possam criar opções de lazer que demandem algum esforço físico como aulas de dança e atividades recreativas para a população diminuir os índices de sedentarismo, na busca de apoio e parceria com demais profissionais como as nutricionistas, para a realização de grupos e palestras com o objetivo de auxiliar tanto os usuários que sofrem de hipertensão quanto seus familiares e/ou cuidadores.

É essencial também o abandono do uso de cigarro, álcool ou outras drogas, quando presentes. O projeto é que tais orientações sejam realizadas sem custo adicional para o município, de forma que amplie o acesso da população à informação. Isso seria possível adicionando reuniões multidisciplinares dentro do calendário da própria unidade, além de uma maior oferta de palestras de conscientização sobre a doença como os HIPERDIAS.

## 8. REFERÊNCIAS

BARRETO, M. S.; REINERS, A.; MARCON, S. S. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 491-498, jun. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692014000300491&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000300491&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 dez. 2020.

BARROSO, W. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 116, n. 3, p. 516-658, Mar. 2021 Disponível em: [https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x80020.pdf](https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x80020.pdf). Acesso em: 23 de março de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf). Acesso em: 22 mar. 2021.

CARDOSO, F. N. *et al.* Fatores de risco cardiovascular modificáveis em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Min. Enferm.** 24: e-1275, 2020. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1275.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2021.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. 118p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE cidades. Santa Vitória. **Panorama**. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/santa-vitoria/panorama>. Acesso em 13 out. 2020.

MALACHIAS, M.V.B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-6, 2016.

MENEZES, T. C.; PORTES, L. A.; SILVA, N. Prevalência, tratamento e controle da hipertensão arterial com método diferenciado de busca ativa. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 325-333, set. 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2020000300325&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2020000300325&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 9 jan. 2021.

RADOVANOVIC, C.A.T. *et al.* Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am.**

**Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 547-553, ago. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692014000400547&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400547&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 dez. 2020.

SANTA VITÓRIA. Prefeitura Municipal de Santa Vitória. **O município**. 2020 Disponível em: <https://www.santavitoria.mg.gov.br/o-municipio/>. Acesso em: 2 de abril. 2020.

SALOTI, M.; MEDEIROS, L.; SANTOS, E. Resposta ao artigo: Abordagem dietética para controle da hipertensão: reflexões sobre adesão e possíveis impactos para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 2905, Jul 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n7/1413-8123-csc-25-07-2905.pdf>. Acesso em: 18 março de 2020.

VASCONCELOS, M.; GRILO, M.J.C.; SOARES, S.M. **Práticas pedagógicas em atenção primária à saúde**: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.