

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

Luana de Almeida Albino Gonçalves

**ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA SAÚDE PARA TODOS NO MUNICÍPIO DE POTÉ/MG: PLANO DE
INTERVENÇÃO**

TEÓFILO OTONI / MINAS GERAIS

2020

Luana de Almeida Albino Gonçalves

**ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA SAÚDE PARA TODOS NO MUNICÍPIO DE POTÉ/MG: PLANO DE
INTERVENÇÃO**

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 Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

TEÓFILO OTONI /MINAS GERAIS

2020



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

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 05 dias do mês de Setembro de 2020, 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 da aluna **LUANA DE ALMEIDA ALBINO GONCALVES** intitulado “ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SAÚDE PARA TODOS NO MUNICÍPIO DE POTÉ/MG: PLANO DE INTERVENÇÃO.”, 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. ISABEL APARECIDA PORCATTI DE WALSH e Profa. Dra. NAYARA RAGI BALDONI. O TCC foi aprovado com a nota 74.

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

Belo Horizonte, 13 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 13/05/2021, às 17:37, 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 **0725911** e o código CRC **540FFD17**.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me proporcionou chegar até aqui, sempre protegendo e guiando meus passos. À minha mãe, irmã e meu pai pelo afeto e incentivos. Faltam-me palavras para expressar o que vocês representam em minha vida... São meu porto seguro! Ao PSF Saúde para Todos pelo convívio diário e desafios enfrentados durante o ano. Aos pacientes, pela confiança nos momentos mais difíceis. À Isabel Aparecida Porcatti de Walsh, minha orientadora, especial agradecimento pelo compromisso, seriedade e incentivos para a construção deste trabalho. A todos que torceram e contribuíram, dedico essa vitória. Muito Obrigada!

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

(Carl Jung)

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica que contribui, direta ou indiretamente para a morte por doenças cardiovasculares. Ao considerar o elevado número de pacientes com descontrole de pressão arterial na área de abrangência da população assistida pela Equipe de Saúde da Família Saúde para todos no Município de Poté/Minas Gerais, bem como a gravidade das consequências causadas por moléstias cardiovasculares quando o tratamento é inadequado, faz-se necessário uma intervenção. Assim, o presente trabalho tem por objetivo construir um plano de intervenção e cuidados de saúde dessa população portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica. Busca-se, com isto, priorizar cuidados preventivos para grupos de risco em faixa etária jovem, que estão, cada vez mais, em número crescente. Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações. Para subsidiar a elaboração do referencial teórico realizou-se uma pesquisa nos bancos de dados nos periódicos científicos com vistas a realizar o levantamento o histórico e evolução das políticas públicas nesse contexto. Com o projeto de intervenção proposto, espera-se o aperfeiçoamento das atividades de saúde aos hipertensos, proporcionando-lhes melhor qualidade de vida e longevidade.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is a chronic disease that contributes, directly or indirectly, to death from cardiovascular diseases. When considering the high number of patients with uncontrolled blood pressure in the area covered by the population assisted by the Family Health Team Family Health for All, in the municipality of Poté / Minas Gerais, as well as the severity of the consequences caused by cardiovascular diseases when the treatment is inadequate, an intervention is necessary. Thus, the present study aims to build an intervention and health care plan for this population with Systemic Arterial Hypertension. This seeks to prioritize preventive care for groups at risk in young age groups, which are increasingly in increasing numbers. Situational Strategic Planning was used to quickly estimate the problems observed and define the priority problem, critical nodes and actions. To support the elaboration of the theoretical framework, a search was carried out in the databases in scientific journals in order to survey the history and evolution of public policies in this context. With the proposed intervention project, the improvement of health activities for hypertensive patients is expected, providing them with better quality of life and longevity.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Hypertension.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Aspectos gerais do município de Poté	10
1.2 O sistema municipal de saúde do município de Poté	11
1.3 Aspectos da comunidade atendida	17
1.4 A Unidade Básica de Saúde “Saúde Para Todos”	18
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde “Saúde Para Todos”	19
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe “Saúde Para Todos”	19
1.7 O dia a dia da equipe “Saúde Para Todos”	20
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	20
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	21
2 JUSTIFICATIVA	23
3 OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo geral	25
3.2 Objetivos específicos	25
4 METODOLOGIA	26
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	28
5.1 Atenção Primária à Saúde	28
5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica – Definição	29
5.3 Epidemiologia	29
5.4 Diagnóstico	30
5.5 Consequências	30
5.6 Tratamento	31
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	33
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).	33
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	33
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	34

6.4 Desenho das operações (sexto passo)	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39

INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Poté

Poté é um município do Estado de Minas Gerais, com 15667 habitantes pelo último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que se estende por 625,1 km², com uma densidade demográfica de 25,1 habitantes por km² (IBGE, 2020). Os primeiros habitantes da região do município de Poté foram os indígenas das tribos dos “Potés” e dos “Corotans”, que, posteriormente, em sua maioria, foram transferidos para o atual município de Itambacuri, em decorrência do processo de catequização (PREFEITURA MUNICIPAL DE POTÉ, 2020).

O povoamento de Poté teve suas origens nas vias de ligação entre Teófilo Otoni e Minas Novas. Assim, em 1856 já se achavam estabelecidas diversas famílias, segundo informações do relatório de Teófilo Otoni, reproduzidas, em 1922, por Frei Samuel Tetteroo em obra intitulada “O município de Theophilo Ottoni; notas históricas e chorographicas”. A povoação cresceu com a chegada de novos desbravadores, atraídos pela fertilidade de suas terras. A maioria das famílias que ali se estabeleceram, inicialmente, era oriunda das localidades de Araçuaí e Minas Novas. Em decorrência da forte influência da religião Católica, no ano de 1894, foi construída uma pequena capela, substituída, posteriormente, pela edificação da atual igreja matriz do Bom Jesus (PREFEITURA MUNICIPAL DE POTÉ, 2020).

No município há nove bairros: Centro, Vila Maristela, Jardim Alvorada, Floresta, Nova Floresta, Vila Paula, Vila Sofia Cólen e Entroncamento e Eldorado. O município pertence a Macro Nordeste, e Microrregião Teófilo Otoni/Malacacheta/Itambacuri (PREFEITURA MUNICIPAL DE POTÉ, 2020). O município tem como chefe do poder Executivo, o prefeito, Gildesio Sampaio de Oliveira (PRB) comumente chamado de “Nego Sampaio”, que foi eleito no 1º turno com 50,01% dos votos (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL-TRE-MG, 2020).

Possui associações com municípios da mesorregião do Vale do Mucuri (Teófilo Otoni, Nanuque, Carlos Chagas, Malacacheta, Águas Formosas, Ladainha, Poté, Ataleia, Itaipé, Setubinha, Novo Oriente de Minas, Pavão, Serra dos Aimorés, Machacalis, Catují, Santa Helena de Minas, Crisólita, Ouro Verde de Minas, Frei Gaspar, Franciscópolis, Fronteira dos vales, Bertópolis, Umburatiba) e Microrregião de Teófilo Otoni (Teófilo Otoni, Malacacheta, Ladainha, Poté, Ataleia, Itaipé,

Setubinha, Novo Oriente de Minas, Pavão, Catuji, Ouro Verde de Minas, Frei Gaspar, Franciscópolis) (PREFEITURA MUNICIPAL DE POTÉ, 2020).

Sua economia gira em torno da agropecuária, indústria, comércio, administração, Saúde, Educação e Seguridade social (IBGE, 2020). O esgotamento sanitário abrange 37,4% da área populacional, a arborização de vias públicas 88,6%; e a urbanização das vias públicas corresponde a 43,6% (PREFEITURA MUNICIPAL DE POTÉ, 2020).

1.2 O sistema municipal de saúde do município de Poté

Conforme consta nos relatórios do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), o financiamento dos Serviços de Saúde no município de Poté se estrutura, atualmente, da seguinte maneira:

Transferências:

- ✓ Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município: 92%;
- ✓ Participação das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município: 20,42%;
- ✓ Participação das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município: 74,97%;
- ✓ Participação % das Transferências da União para o SUS no total de Transferências da União para o Município: 22,16%;
- ✓ Participação da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município: 56,09%;
- ✓ Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde: 65,31%.
- ✓ Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante: R\$ 596,06;
- ✓ Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde: 32,01%;
- ✓ Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde: 5,03 %;
- ✓ Participação da despesa com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde: 10,20%;

- ✓ Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde: 7,66%;
- ✓ Despesas com Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos: 5,61%.

O município de Poté segue a tendência nacional com relação ao envelhecimento da população, com conseqüente aumento das doenças crônicas, demandando ações assistenciais voltadas para essa população e qualificação específica para profissionais.

As ações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) são desenvolvidas pelas unidades de saúde e a atenção a criança com baixo peso é realizada através das mesmas, fortalecendo assim a vigilância alimentar das crianças de 0 a 10 anos e das gestantes, com a adesão do programa estadual de vigilância alimentar e nutricional

A informatização é incipiente tendo sido iniciativa recente do Departamento de Saúde. Todas as unidades já contam com computador e internet, porém não há sistematização dos dados nem comunicação entre elas em função da ausência do prontuário eletrônico.

O município aderiu ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB). Além de participar de programas do governo estadual como Política Estadual de Promoção à Saúde (POEPS), Co-financiamento da atenção básica, SISVAN, Programa Saúde na Escola (PSE) juntamente com todos os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os demais envolvidos com a atenção primária, através de oficinas de implantação do Plano Diretor de Regionalização da Atenção Primária em Saúde.

Apesar de diversos programas e ações de intervenção presentes no município, observa-se que ainda existem muitos desafios no tocante a:

- ✓ Aprovação e implementação de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários para melhor valorização dos profissionais;
- ✓ Rediscussão do processo de cobertura territorial das unidades, resgatando as áreas de atuação com critérios bem definidos, adequando a população adscrita a normatização da Portaria MS nº 648/2006;
- ✓ Adequação da porta de entrada do sistema de saúde municipal promovendo o acesso a 100% da população, garantindo uma resposta a seu problema de saúde;
- ✓ Adequação e equipamento de todas as Unidades de Saúde da Família (USF), garantindo o pleno funcionamento do serviço;

- ✓ Melhora logística de transporte para atendimento das unidades de ESF;
- ✓ Garantia da manutenção das equipes de saúde da família e de endemias com quadro de profissionais completo, sem rotatividade de profissional;
- ✓ Fortalecimento do Núcleo Ampliado à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), inserindo-o no planejamento e política da ESF;
- ✓ Criação da política de atenção à saúde do homem;
- ✓ Ampliação dos programas de prevenção e controle dos problemas de saúde sensíveis à Atenção Básica. Como, por exemplo: obesidade, saúde do homem, saúde bucal, aleitamento materno, gravidez na adolescência, uso de álcool e drogas, violência doméstica dentre outros, garantindo aporte financeiro com previsão orçamentária;
- ✓ Criação de mecanismos de avaliação periódica da eficácia dos programas de promoção de saúde e prevenção de doenças com base na mudança do perfil epidemiológico do território de abrangência, incrementando os serviços de vigilância com ampla divulgação para comunidade;
- ✓ Avaliação de todas as possibilidades de parcerias com instituições de ensino para disponibilização de estagiários de diversas áreas de saúde, para atuação nas ESF, desde que com supervisão direta e continuada;
- ✓ Verificação de dados na Superintendência Regional de Saúde (SRS) e possíveis alterações relacionadas à quantitativa populacional com vistas à melhoria dos indicadores de cobertura vacinal;
- ✓ Criação de oportunidades de encontros Inter setoriais para planejamento das ações de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS);
- ✓ Viabilização de fóruns de saúde a presença de temas e representantes das práticas alternativas e saber popular;
- ✓ Criação, normatização e implementação de fluxo de referência e contra referência dentro da rede assistencial;
- ✓ Criação, normatização e implementação de protocolos de acesso bem definidos em todos os serviços;
- ✓ Implantação das políticas de humanização e acolhimento;
- ✓ Implantação do prontuário eletrônico;
- ✓ Promoção da divulgação da cartilha de direitos e deveres dos usuários do SUS;

- ✓ Desenvolvimento de programas de incentivo ao autocuidado visando à corresponsabilização do paciente em seu processo saúde-doença;
- ✓ Fortalecimento da autonomia das unidades de saúde de forma que os dados produzidos pelas unidades sejam geridos e sistematizados por elas próprias; favorecendo a utilização de parâmetros epidemiológicos no planejamento das ações a nível local;
- ✓ Fortalecimento da parceria com os conselhos locais de saúde;
- ✓ Elaboração de utilização mensal de uma planilha com indicadores epidemiológicos por unidade de saúde para subsidiar o planejamento das ações programáticas;
- ✓ Criação do cargo de auxiliar administrativo para todas as unidades da ESF, otimizando o tempo do enfermeiro nas atividades assistenciais;
- ✓ Criação de mecanismos que identifiquem pacientes de outros municípios que utilizam os serviços de Saúde do Município;
- ✓ Desenvolvimento, em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde e Ministério da Saúde, do programa de educação continuada, incluindo assuntos como políticas de saúde, controle social e ética, para a capacitação e qualificação, por categoria, de todos os profissionais de saúde em horário de trabalho, visando um atendimento mais humanizado;
- ✓ Ampliação das ações do NASF-AB;
- ✓ Inclusão na pauta de discussões ou criação de um grupo de estudo e avaliação da implantação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde– Sistema Único de Saúde (PICS – SUS);

A atenção especializada e atenção hospitalar do município têm como principal referência para a assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, Teófilo Otoni e além do Hospital São Vicente de Paulo, que, apesar de ser um hospital de pequeno porte realiza atendimentos ambulatoriais bem como internação até 24 horas. A garantia de referência especializada para a população de Poté está ordenada pela Programação Pactuada e Integrada da assistência à saúde, instituída no SUSMG desde 2003, e, revisada periodicamente sob a coordenação da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG).

O acesso aos procedimentos pactuados se dá através do setor de controle e avaliação do município de Poté, que programa os atendimentos em Teófilo Otoni,

Governador Valadares, Belo Horizonte, Ipatinga em conformidade com as metas físicas pactuadas e disponibilidade dos serviços instalados naqueles municípios.

As limitações da programação da assistência à saúde com recursos federais compeliram o município a suplementar os serviços disponibilizados através da Programação Pactuada e Integrada (PPI) assistencial com a contratação de novos prestadores, por processos licitatórios e com recursos próprios. Alguns serviços ambulatoriais de média complexidade, públicos ou privados, estão instalados no próprio município, como ambulatórios de especialidades médicas ginecologia e pediatria, laboratório de análises clínicas, serviços de fisioterapia e serviço de ultrassonografia.

A atenção às urgências e emergências da população de Poté é ofertada no próprio município através do Hospital São Vicente de Paulo. Conforme o Plano Diretor de Atenção às Urgências e Emergências da Macrorregião Nordeste de Minas Gerais o município contará com o apoio de uma Unidade de Suporte Básico do SAMU 192, componente pré-hospitalar móvel, integradas à rede loco regional; os usuários são encaminhados para os hospitais de nossa referência em Teófilo Otoni.

Quanto ao apoio diagnóstico conta com:

- ✓ Laboratórios de Análises Clínicas: O município apresenta laboratório próprio que funciona em estrutura independente, porém não apresenta Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) próprio. Há necessidade da compra de equipamentos para a expansão dos serviços. Os exames não realizados no laboratório são encaminhados para o Hospital São Vicente de Paulo.
- ✓ Ultrassom: Possui serviço próprio, que é ofertado de acordo à demanda da população, entretanto, o serviço não abrange todos os diagnósticos por Ultrassonografia (USG).
- ✓ Assistência farmacêutica: O município apresenta uma unidade Farmácia de Minas denominada Farmácia de Minas de Poté. A distribuição de medicamentos é realizada quase na totalidade via Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF). Possui um farmacêutico responsável e não apresenta comissão de Farmácia e Terapêutica. A gestão farmacêutica é totalmente centralizada no Município-TCM segundo Deliberação CIB-SUS 2525 de 18 de agosto de 2017.

Embora não exista Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) a distribuição dos medicamentos, pelo município, é de acordo com a Relação Nacional

de Medicamentos Essenciais (RENAME). Os medicamentos que não compõe a RENAME são adquiridos com recursos do Fundo de Participação do Município (FPM).

A Vigilância em saúde é focada na observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em territórios específicos, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

O município trabalha integrando-os, tendo em vista que o principal foco é realizar planejamentos periódicos para que ações sejam desenvolvidas em sua plenitude. Assim, com o empenho de todos os profissionais, o município busca atingir tal objetivo de forma eficiente e eficaz.

A relação com outros pontos de atenção tais como: Centro de Saúde Fátima Gusmão; ESF Saúde e Cidadania Para Todos (Unidade de Saúde TIPO II); ESF Saúde em Ação; ESF Saúde Participativa; ESF Saúde Plena; ESF Vida Saudável; Hospital São Vicente de Paulo; Farmácia de Minas de Poté; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Saber Viver de Poté; Polo Academia em Movimento.

O município trabalha em “rede”, ou seja, possui a Atenção Básica e outros pontos de atenção, como CAPS, Consórcio e Hospitais. É regionalizado, pois todas as pactuações tem que acontecer, obrigatoriamente, dentro da nossa região. É hierarquizado, pois, o município, não pode pactuar onde ele achar melhor, devendo respeitar e obedecer às orientações do comando único.

O município tem atenção básica. A maior pactuação da média e parte da alta complexidade, inclusive hospitalar está em Teófilo Otoni/MG, cidade vizinha e referência em saúde da região. Se o município de Teófilo Otoni não oferta o serviço, a demanda é encaminhada para os próximos centros de saúde, onde há pactuação, como, por exemplo, Governador Valadares, Ipatinga ou Belo Horizonte. E só depois disso que pode pactuar em outros estados.

O Município de Poté é membro participante do Consórcio Intermunicipal de Saúde Entre Vales do Mucuri e Jequitinhonha (CIS-EVMJ), com sede em Teófilo Otoni. O Consórcio possibilita aos pacientes a realização de diversos exames e consultas especializadas que não estão sendo realizados através do SUS. Cumpre salientar, nesse sentido, que o CIS-EVMJ realiza também atendimento em Doenças

Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS) sendo referência na região.

O município conta com um enfermeiro capacitado através do Consórcio para a realização do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), palestras, coleta de material para a realização de exames e entrega dos resultados.

Para o financiamento do Consórcio, o município destina 1% do Fundo de Participação do Município (FPM). Encontra-se proposta em tramitação na Câmara Municipal destinada a elevar esse valor para até 3%, com objetivo de ofertar mais exames e consultas especializadas à população.

O município conta com o Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS), que consiste num programa do Governo de Minas Gerais em parceria com os municípios que fazem o custeio mensal das despesas. Possui como objetivo integrar os municípios das microrregiões e assim possibilitar a segurança e conforto aos pacientes com tratamento especializado fora do domicílio. Dessa forma, assegura um dos preceitos fundamentais do SUS que consiste na garantia do acesso aos serviços de saúde através de transporte eficiente e humanizado.

Para o financiamento do Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS) o município destina R\$ 2.900,00 (dois mil e novecentos reais) mensais, e ainda motorista e profissional técnico em enfermagem, o qual presta assistência aos pacientes no transcorrer da viagem e durante o atendimento quando necessário.

Para o financiamento do Consórcio, o município destina 1% do Fundo de Participação do Município (FPM). O município apesar de ter hospital, o principal ponto de atenção dele é a Atenção Básica, mesmo porque ele não é Sede de Polo.

1.3 Aspectos da Comunidade

No território da equipe de Saúde da Família “Saúde e Cidadania Para Todos”, a coleta seletiva de lixo é feita pela própria prefeitura municipal, através da Secretaria de Obras públicas e transportes. Não há convênio e ou contrato com empresa especializada no serviço. Após coleta, o lixo é depositado a céu aberto em um terreno de propriedade da prefeitura, em local afastado do perímetro urbano, pois o município não possui local apropriado (aterro sanitário controlado).

Não há edificações de escolas públicas estaduais e ou municipais. Entretanto, a maior parte dos usuários cadastrados é alfabetizada. Possui duas

associações de comunitárias, uma casa de apoio, que tem gestão similar à casa de idosos e também a única casa de idosos do município.

1.4 A Unidade Básica de Saúde “Saúde e cidadania para todos”

A Unidade Básica de Saúde (UBS) “Saúde e Cidadania Para Todos”, está situada na rua Vital Brasil, S/N, Bairro Floresta, no Município de Poté, sob jurisdição-SRS/GRS: Teófilo Otoni. Foi inaugurada há aproximadamente 14 anos e mudou de estrutura física há quatro anos, o que a torna desde então, Unidade de Saúde tipo II, pois comporta no mesmo espaço físico, duas unidades de saúde, sendo elas: Unidade de Saúde da Família “Saúde e Cidadania” e Unidade de Saúde da Família “Saúde Para Todos”, que desde então se tornou Unidade de Saúde da Família “Saúde e Cidadania Para todos”.

Vale ressaltar que, as atividades de saúde desenvolvidas pelas Unidades e a População atendida são individualizadas (exceto nas ações em conjunto), ou seja, cada Unidade de Saúde atende a sua população de abrangência, pois conta com equipe própria para cada uma das Unidades, não havendo confusão dos trabalhos prestados pelas equipes.

Possui sala de recepção em tamanho considerável, ar condicionado na sala de vacina, dos médicos, enfermeiros e odontólogos. A estrutura conta com paredes altas e arejadas. Na recepção, o atendimento é informatizado, o que facilita o acolhimento primário da população.

Quanto à infraestrutura da unidade a mesma é dividida em: Sala para atendimento médico, sala da enfermagem, sala para realização de triagem e curativos, sala para atendimento odontológico, área comum dos agentes comunitários de saúde, cozinha, banheiros e outros espaços físicos abertos de uso comum dos funcionários. As salas dos atendimentos médicos e odontológicos são climatizadas, o que facilita a qualidade na prestação do serviço ao usuário, pois a região é bastante quente. Possui local específico para reuniões da equipe, que também é climatizado, arejado, confortável e dispõe de equipamentos de tecnologia para uso e melhor desenvolvimento das atividades e reuniões realizadas. Os grupos operacionais são realizados na estrutura física da unidade ou na estrutura de cada área específica. Por comportar duas equipes de saúde da família tem os trabalhos organizadamente separados e harmônicos.

1.5 A Equipe de Saúde da Família “Saúde Para Todos” da Unidade Básica de Saúde “Saúde e Cidadania Para Todos”

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) “Saúde Cidadania Para Todos” é composta por: uma área urbana (Bairro Floresta), e seis áreas rurais (Igrejinha, Ribeirão Agua Limpa, Ribeirão Santa Cruz, Usina, Caracatã e Santa Terezinha). Possui um total de 772 famílias cadastradas na área de cobertura; o que computa o atendimento de 1.847 pessoas cobertas pela equipe.

Nesta são ofertadas consultas médicas básicas e de enfermagem, atendimento em odontologia, puericultura, pré-natal, planejamento familiar, grupos de hipertensos e diabéticos, atendimento a doentes mentais, coleta de material para exame preventivo de câncer de colo uterino, teste do pezinho, reuniões comunitárias, palestras nas escolas e nas unidades, visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos.

A Equipe Saúde Para Todos é composta pelos profissionais: um técnico em saúde bucal, sete Agentes Comunitários Saúde (ACS), um dentista, uma auxiliar de enfermagem, um enfermeiro e um médico.

1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde “Saúde e Cidadania Para Todos” da Equipe Saúde Para Todos

A UBS “Saúde e Cidadania Para Todos”, funciona diariamente das 07h00min às 16h00min horas, com duas horas para o horário de almoço dos funcionários (11h00min às 13h00min). A recepção dos usuários é feita por um técnico da enfermagem conforme o horário acima. Quando ausência deste (a) (por estar fazendo trabalho em campo e/ou outro motivo), há revezamento dos agentes comunitários de saúde ou o enfermeiro na recepção.

Durante o horário de almoço, a unidade permanece fechada, não sendo visto como um problema para os usuários, afinal já estão familiarizados com a rotina da unidade, assim como as informações de mudanças/horários passados para eles através dos ACS.

Os atendimentos e outras atividades médicas/enfermagem (como, por exemplo, os atendimentos em zona rural, visitas domiciliares, grupos operacionais, e

palestras) são separados em turnos determinados, de acordo cronograma prévio realizado no início de cada mês e fixado na recepção da unidade.

Os ACS realizam cadastramento, visitas domiciliares, busca ativa, dentre outras funções, de acordo com o horário pré-estabelecido. Os atendimentos odontológicos são disponíveis diariamente sempre com ajuda de uma auxiliar de saúde bucal, sendo agendadas previamente.

1.7 O dia a dia da equipe Saúde Para Todos

A maioria dos atendimentos da equipe de saúde está dividido entre as funções que são de abrangência deste programa. Os atendimentos, em sua maioria são destinados para demanda espontânea, consultas agendadas. As urgências são direcionadas para o hospital da cidade, onde são prontamente atendidas. Casos mais delicados/graves e que necessitem de algum atendimento com especialista são enviados para Teófilo Otoni.

Mensalmente são realizadas consultas de pré-natal, atendimentos em zona rural e grupos de saúde mental. Semanalmente puericultura e quinzenalmente preventivos. E semestrais grupos de diabetes e hipertensão. Apesar de haver divisão e programação, as demandas podem ser repetidas, de acordo a necessidade.

De maneira geral, os atendimentos são direcionados para: Controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, saúde bucal, pré-natal, puericultura e acompanhamento de crianças desnutridas. Semanalmente, os profissionais do NASF-AB realizam atendimentos nas unidades da cidade, buscando integração que visam uma melhor compreensão da equipe/usuários.

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

Para a obtenção dos dados e identificar os problemas foram utilizadas duas fontes principais de coleta do método estimativa rápida.

- ✓ Na observação ativa na área: Desenvolvida com o próprio trabalho na ESF tanto do médico ou equipe de enfermagem como de os ACS, que tanto conhecem a população pertencente ao município incluindo as zonas rurais.
- ✓ Nos registros: Utilizando os prontuários médicos, plano de saúde municipal, diagnóstico de saúde anterior ou travessia de saúde, e demais registros existentes na ESF.

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

Os critérios utilizados para definir os problemas prioritários, foram de acordo com as doenças mais frequentes. Estudou-se a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento. Foi feita a avaliação, com a finalidade de apontar os problemas, atribuindo valor “alto, médio ou baixo” para a importância do problema, e distribuindo pontos conforme sua urgência, conforme explicitado a seguir:

- ✓ Definiu-se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto.
- ✓ Numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios.

Na área de abrangência da Unidade de Saúde existem vários problemas de saúde que afetam as pessoas adultas, crianças, mulher e a população em geral como:

- ✓ Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)
- ✓ Risco Cardiovascular
- ✓ Diabetes *Mellitus* (DM)
- ✓ Automedicação
- ✓ Gravidez na adolescência

Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família para todos, da Unidade Básica de Saúde “Saúde e Cidadania Para Todos”, Município de Poté, Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência** 0 – 30	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Alto índice de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica	Alta	9	Total	1
Alto risco cardiovascular	Alta	7	Parcial	2
Alto índice de usuários com Diabetes <i>Melitus</i>	Média	6	Parcial	3
Uso de automedicação	Média	5	Fora	4
Índice de gravidez na adolescência	Média	3	Fora	5

Fonte: Elaborado pela aluna (2020)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

2 JUSTIFICATIVA

A HAS é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco dificuldades no seu controle (SILVA; CADE; MOLINA, 2012). Sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Sua característica é crônica e silenciosa, o que dificulta a percepção dos sujeitos portadores do problema. A sua invisibilidade é “perversa” e acaba por comprometer a qualidade de vida. Traz ainda como consequências internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, comprometendo a qualidade de vida dos grupos sociais mais vulneráveis (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Para se conseguir alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos é necessário o empenho dos profissionais da Atenção Básica, com trabalho em equipe, e práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, utilizando tecnologias de alta complexidade e baixa densidade.

A organização da assistência, com competências bem definidas e integradas entre os membros da equipe multiprofissional, é centralizada no binômio médico–enfermeiro e se estende até o ACS. Vale ressaltar que o ACS é o elo fundamental entre o domicílio e a Unidade de Saúde e representa a principal diferença entre a atuação desse programa e a atividade usual da UBS, nos seus moldes de atuação tradicional. Esses modelos assistenciais sugerem que além da organização da atuação integrada da equipe multiprofissional, a eleição da família como núcleo de assistência e a sua ligação direta com a unidade assistencial contam para a melhoria dos resultados (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007).

Na área de abrangência da equipe de Saúde “Saúde e Cidadania para Todos”, há um elevado número de paciente com HAS cadastrados. Boa parte destes tem idade inferior a 19 anos e mais idade, o que corresponde a aproximadamente 24% da população adulta. Observa-se que se faz necessário a realização de

atividades preventivas, pois, o objetivo principal das ações está focado na cura e não na prevenção da HAS (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2010).

Com o intuito de organizar a assistência aos usuários com HAS e atender de maneira mais abrangente e adequada aos possíveis novos casos, será feita uma proposta de elaboração de plano de intervenção, com o intuito de organizar a assistência aos usuários com HAS e possíveis novos casos. Assim, as complicações evidentes e severas desta enfermidade serão controladas e reduzidas a curto, médio e longo prazo, o que possibilitará aos portadores da enfermidade melhores condições de vida, hábitos saudáveis e redução de diagnósticos positivos da enfermidade, ocasionando a longevidade e qualidade de vida à população atendida pela Unidade de saúde/ESF - Saúde e Cidadania Para Todos no município de Poté/MG.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção, com o intuito de organizar a assistência aos usuários com hipertensão arterial e possíveis novos casos à população atendida pela Equipe de Saúde da Família Saúde Para Todos no município de Poté/MG.

3.2 Objetivos específicos

- Aumentar a oferta e promoção de atividades educativas, alimentares e outras orientações para a equipe de saúde, com propósito de capacitá-la, buscando assim, enfrentar o problema de modo eficaz, com profissionais preparados e capacitados.
- Promover atividades de promoção da saúde, bem como, atividades educativas.
- Orientar os usuários com HAS e os possíveis novos casos. Com isto, através do contato com a enfermidade e os problemas gerados por ela, torna-se mais incisiva a conscientização sobre uma nutrição adequada para controle da enfermidade e sua importância para o controle e prevenção das complicações da mesma.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção que será realizado em pacientes hipertensos cadastrados UBS “Saúde Para Todos”.

O método da estimativa rápida constitui uma forma de se alcançar informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potências para o enfrentamento (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2010). Para o desenvolvimento do plano de intervenção, inicialmente foi realizado um diagnóstico situacional pelo método da estimativa rápida para conhecer os problemas da comunidade da área de abrangência.

Para o desenvolvimento do plano de intervenção proposto foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme os textos da disciplina de Planejamento Avaliação e Programação em Saúde (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2010) conforme os textos do módulo de Iniciação Científica e módulo de Planejamento Avaliação e Programação em Saúde.

O PES possibilita à explicação de um problema a partir da visão do ato que o declara, como também a identificação das possíveis causas e a busca por diferentes modos de abordar e propor soluções (ARTMANN, 1993). É estruturado nas seguintes etapas: Momento Explicativo, Momento Normativo, Momento Estratégico, Momento Tático-Operacional (PAIM, 2006).

Ainda, para atender ao proposto neste trabalho foi realizada uma revisão da literatura sobre temas relacionados a HAS. Foi realizada uma pesquisa por artigos indexados nas bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library On-Line (SCIELO) e MEDLINE. A busca de materiais que compõem este trabalho se deu por meio dos descritores: Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Hipertensão.

A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão e também da ação da equipe frente aos mesmos. Foram identificados os recursos críticos a serem utilizados para execução das operações que constituem uma atividade imprescindível para análise da viabilidade do plano. Foi realizada a identificação dos atores que controlariam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, apresentando em cada caso ações estratégicas para motivação dos atores identificados. Por fim, para a realização do plano operativo,

através do somatório dos esforços de todas as pessoas envolvidas no planejamento, definiu-se, por consenso, a divisão de responsabilidades por operação de cada membro da equipe de saúde e o estabelecimento de prazos necessários para a realização de cada ação.

Para a redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo de Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2017).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Primária à Saúde

A Declaração de Alma-Ata, foi um marco histórico da APS. Nessa Declaração:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS, 1978, p. 1-2).

Esta pode ser entendida como o primeiro nível do sistema de serviço de saúde, o qual deve funcionar como porta de entrada preferencial do sistema, com ações resolutivas sobre os problemas de saúde, articulando-se com os demais níveis de complexidade, formando assim uma rede integrada de serviços e pode ser vista como uma estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipes de saúde, que garante uma atenção integral oportuna e sistemática em um processo contínuo, pois sustenta recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados (STARFIELD, 2002).

A ESF, transcende o campo sanitário e inclui outros setores, organizado em consonância com a comunidade a fim de proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos, suas famílias e a comunidade em um processo conjunto de produção social de saúde, mediante um “pacto social” que inclui aspectos biopsicossociais e do meio ambiente não discriminando nenhum grupo humano por sua condição econômica, sociocultural de raça ou sexo (LAGO; CRUZ, 2001).

A ESF visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS e é entendida como prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Importante destacar que o estabelecimento de uma equipe multiprofissional, deve ser composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2020).

5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é caracterizada por pressão arterial sistêmica persistentemente alta, com base em várias medições. Atualmente é definida como sendo a pressão sistólica repetidamente maior que 140 mm hg ou a pressão diastólica de 90 mm Hg ou superior (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

É a mais frequente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ ou estruturais dos órgãos alvos (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Pode acontecer quando as artérias sofrem algum tipo de resistência, perdendo a capacidade de dilatar, ou então quando o volume se torna muito alto, exigindo uma velocidade maior para circular. Hoje, é a principal causa de morte no mundo, pois pode favorecer uma série de outras doenças (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

5.3 Epidemiologia

Estudo realizado com o objetivo de determinar a prevalência populacional de HAS em adultos, segundo diferentes critérios diagnósticos, utilizando as informações da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 identificou que a prevalência de HAS variou entre um quinto e um terço da população brasileira adulta, dependendo do critério adotado, sendo mais elevada para o critério HAS medida e/ou em uso de medicamentos. Na população geral, a HA medida apresenta prevalências mais

elevadas que a autorreferida, embora próximas. Em geral, as prevalências de HAS por todos os critérios foram mais elevadas nas regiões sudeste e sul e nos estados dessas regiões (MALTA et al., 2018).

Em Minas Gerais, a SES/MG estima prevalência da HAS na ordem de 20 % em sua população com idade igual ou superior a 20 anos. De acordo com a nova tipologia das doenças, a Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica as condições de saúde em agudas ou crônicas. A Secretaria Estadual de Minas Gerais propõe um modelo específico para a abordagem das condições crônicas de saúde na população e o mesmo é aplicado no SUS (GIROTTI et al, 2013).

5.4 Diagnóstico

O diagnóstico da HAS depende de uma avaliação criteriosa, procurando-se identificar a presença de hipertensão secundária, assim como os portadores de hipertensão de consultório, condição relativamente frequente nos extremos das idades (BRASIL, 2018).

Nos adultos, a HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados de e sustentados da pressão por medidas casuais. O diagnóstico é baseado na média de duas ou mais medidas aferidas em duas ou mais visitas ao consultório respeitando as recomendações para a medida de pressão arterial. Um incremento das cifras de pressão sanguínea em as artérias e de acordo com consensos internacionais, uma pressão sistólica ostendida por encima de 139 mm/Hg o uma pressão diastólica ostendida por encima de 89 mm/Hg. Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existente e maior acesso a medicamentos (PEREIRA, 2015).

5.5 Consequências

A HAS, associada ao estilo de vida inapropriado, apresenta custos socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular (DCV), doença arterial coronariana, insuficiência

cardíaca e renal crônica e doenças vasculares. Os riscos cardiovasculares atribuídos à HAS são conhecidos e se iniciam a partir das faixas pressóricas pré-hipertensivas, numa relação contínua. A obtenção de um controle pressórico rigoroso (<140/90 mm/Hg) mostrou nos últimos anos prover uma redução substancial no risco cardiovascular, particularmente no que se refere à ocorrência do acidente vascular cerebral e da insuficiência cardíaca (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

5.6 Tratamento

O tratamento da HAS, medicamentoso ou não, depende da evolução da doença e da classificação de risco. A meta primordial que é reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovascular. O tratamento não medicamentoso baseia-se na mudança de estilo de vida que envolve controle do peso, diminuição da ingestão de álcool, redução da ingestão de sódio, da gordura saturada e do colesterol, além da ingestão adequada de potássio, cálcio e magnésio, cessar o hábito de fumar e participar regularmente de programas de exercícios físico e controlar o estresse à medida do possível (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Os profissionais de saúde que acompanham pessoas com HAS e com outros problemas de saúde, possuem papel fundamental no planejamento e implementação de estratégias educativas com a finalidade de conduzi-las ao estilo de vida saudável, eliminando ou controlando os riscos da HAS e de outros problemas de saúde entre os familiares, principalmente aqueles hereditários, além do controle efetivo dessas enfermidades (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da HAS. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial (IZNAGA, 2016).

Apesar dessas evidências, hoje, incontestáveis, esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado. Apesar da importância da abordagem individual, cada vez mais se

comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes dos fatores que levam a HA. Uma reforça a outra e são complementares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A existência de fatores de risco é condicionante para o aparecimento da HAS. Verifica-se que é um desafio para a saúde, apresentando-se como a doença cardiovascular que causa morte no Brasil, sendo a primeira causa. A equipe Saúde Para Todos definiu esta como prioridade, pois há elevado nível de HAS. (MATUS, 2003).

A equipe, atualmente conta com um total 1.847 pessoas cadastradas, sendo separadas em sete micro-áreas, e foi possível perceber que no território da equipe existe um número significativo de usuários com HAS sendo aproximadamente 25%. Além disso, tem-se esperado, possíveis novos casos na área.

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Alto índice de Hipertensão Arterial Sistemática”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A HAS é uma doença que afeta a nossa população, os pacientes não têm uma adesão adequada aos tratamentos e as indicações médicas. Possuem maus hábitos de alimentação, consomem excesso de gorduras, a inatividade física e o tabagismo são elevados, revelam o baixo consumo de vegetais e frutas naturais. Além disso, fazem mau uso dos anti-hipertensivos, tratamentos e acompanhamentos pela equipe de saúde, o que ocasiona complicações secundária, tais como: pacientes como acidentes cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e outros.

Ainda, há predomínio frequente dos fatores de risco sobrepeso, obesidade, dislipidemias, tabagismo, hábitos alimentares inadequados, estresse, inatividade física.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar as causas. Ao analisarmos as causas de um problema devemos identificar aquelas consideradas mais importantes na origem do problema. Para realizarmos esta análise, utilizamos o conceito de “nó crítico”, que é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de, impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

A partir da explicação do problema, foram levantados os nós críticos para elaboração de um plano de ação entendida como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão. Foram selecionadas as situações relacionadas com o problema principal que a Unidade de Saúde julgou ter ligação direta com o problema principal e que através de ação mais direta poderá ter impacto importante sobre o problema escolhido, sendo elas:

- Maus Hábitos alimentares e estilos de vida inadequados à qualidade de saúde
- Estrutura dos serviços de saúde (dificuldade de atendimento integral à população)
- Processo de trabalho da equipe de saúde

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

No PES, o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade. Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais: quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano; quais recursos cada um desses atores controla; qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano. E então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou motivar o ator que controla os recursos críticos (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Os quadros a seguir representam cada um desses passos realizados para cada nó crítico.

Quadro 2: Operações sobre o nó crítico 1 relacionado ao problema “Alto índice de Hipertensão Arterial Sistemática”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “Saúde Para Todos”, do município de Poté, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Maus Hábitos alimentares e estilos de vida inadequados à qualidade de saúde
Operação (operações)	Modificar hábitos e estilos de vida
Projeto	VIVER COM SAÚDE
Resultados esperados	Diminuir em um 40% o número de sedentários, tabagistas dislipidemias, maus hábitos alimentares (diminuir o consumo de gorduras e sal), e obesidade.
Produtos esperados	Equipamentos audiovisuais, folhetos educativos, pôster, etc.
Recursos necessários	Estrutural: Profissionais para acompanhar o grupo operativo Cognitivo: Informação sobre o tema Financeiro: Recursos necessários para estruturação do serviço costeiro e equipamentos. Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais
Recursos críticos	Estrutural: Local físico e estruturas para fazer debate Cognitivo: Informação sobre o tema Político: Articulação Inter setorial e aprovação de projetos Financeiro: Financiamento dos projetos.
Ações estratégicas	Diminuir em aproximadamente 40% o número de pacientes com sobrepeso, sedentários e tabagistas, no prazo de 12 (doze) meses.
Prazo	Em doze meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Equipe básica de saúde.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Palestras, grupos, capacitação de equipe, divulgação de ações controladas pela Secretaria em conjunto com a ESF.

Fonte: Autoria própria (2020)

Quadro 3: Operações sobre o nó crítico 2 relacionado ao problema “Alto índice de Hipertensão Arterial Sistemática”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “Saúde Para Todos”, do município de Poté, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Estrutura dos serviços de saúde (dificuldade de atendimento integral à população)
Operação (operações)	Melhorar a qualidade dos atendimentos de saúde.
Projeto	CUIDAR MELHOR
Resultados esperados	Adequação da oferta de consultas exames e medicamentos definidos nos protocolos, considerando a meta de 80% de cobertura dos assistidos.
Produtos esperados	Equipamentos audiovisuais, folhetos educativos, pôsteres e etc.
Recursos necessários	Estrutural: Profissionais para acompanhar o grupo operativo; Cognitivo: Informação sobre o tema; Financeiro: Recursos necessários para estruturação do serviço custeio e equipamentos; Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
Recursos críticos	Estrutural: Local físico e estruturas para fazer debate; Cognitivo: Informação sobre o tema; Político: Articulação Inter-setorial e aprovação de projetos; Financeiro: Financiamento dos projetos.
Ações estratégicas	Adequar a oferta de consultas, exames e medicamentos definidos nos protocolos, considerando a meta cobertura de 80% dos assistidos pelo ESF.
Prazo	Em seis meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Coordenação da Atenção Básica.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Palestras, grupos, capacitação das equipes, divulgação de ações controladas pela Secretaria de Saúde em conjunto com a Coordenação da Atenção Básica e ESF.

Fonte: Autoria própria (2020)

Quadro 4: Operações sobre o nó crítico 3 relacionado ao problema “Alto índice de Hipertensão Arterial Sistemática”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “Saúde Para Todos”, do município de Poté, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Processo de trabalho da equipe de saúde
Operação (operações)	Traçar estratégias que visem à melhoria dos processos de trabalho em equipe.
Projeto	LINHA DE CUIDADOS
Resultados esperados	Manter controle que abranja o mínimo de 80 % da população assistida que sofre de hipertensão arterial.
Produtos esperados	Equipamentos audiovisuais, folhetos educativos, pôsteres e etc.
Recursos necessários	Estrutural: Profissionais para acompanhar o grupo operativo; Cognitivo: Informação sobre o tema; Financeiro: Recursos necessários para estruturação do serviço, custeio e equipamentos; Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
Recursos críticos	Estrutural: Local físico e estruturas para fazer debate; Cognitivo: Informação sobre o tema; Político: Articulação Inter-setorial e aprovação de projetos; Financeiro: Financiamento dos projetos.
Ações estratégicas	Manutenção e controle das ações de cuidados que abranjam o mínimo de 80 % da população assistida que sofre de hipertensão arterial.
Prazo	Em doze meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Equipe de Saúde da unidade de atendimento.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Palestras, grupos, capacitação de equipe, divulgação de ações controladas pela Secretaria em conjunto com a ESF, aplicação de metas e avaliação de resultados.

Fonte: Autoria própria (2020)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O município deve priorizar questões substanciais concernentes ao estabelecimento de diretrizes para a execução dos programas de saúde e assistência aos pacientes e assistir os possíveis novos casos. Para isso, o conhecimento das demandas do município e da área de trabalho é de extrema importância para se tentar, cada vez mais, aperfeiçoar as atividades e melhorar o que está precário.

Com o projeto de intervenção proposto, conforme se apresentou anteriormente, espera-se o aperfeiçoamento as atividades de saúde aos hipertensos assistidos pela equipe Saúde Para Todos, proporcionando-lhes melhor qualidade de vida e longevidade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. C. de; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de saúde pública**, v. 41, n. 3: p. 368-374, 2007.

ARTMANN, E. **O Planejamento Estratégico Situacional: A Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (Uma Abordagem Comunicativa)**. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 1993. Disponível em: <http://sites.mtweb.ufsm.br/residencia/images/Disciplinas/PLANEJAMENTO%20E%20SADE-.pdf>. Acessado em: 20 de março de 2020.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, [online], 2019. (BRASIL. Ministério da Saúde. Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Brasília, [online] 2020. Disponível em: <http://decs.bvs.br/homepage.htm>. Acesso em: 19 de março de 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Acompanhamento e avaliação da atenção primária**. Brasília: CONASS Documenta; 2004. 28p.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 21 de março de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/772-acoes-e-programas/saude-da-familia/41285-saude-da-familia>. Acesso em 31 mar 2020

BRASIL. Ministério Da Saúde. **SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB)**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>, 2019. Acessado em: 20 de março de 2020.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso: 31 mar 2020.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação de Saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br>. Acessado em 19 de março de 2020.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S.L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017.

Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 20 de março de 2020.

GIROTTO, E.; ANDRADE, S.M.; CABRERA, M.A.S; MATSUO, T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.18, n.6, jun 2013.

IZNAGA, F. A. **Proposta de promoção de estilo de vida saudável para portadores de hipertensão acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família**, Minas Gerais. Belo Horizonte/MG. 2016. 27f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

LAGO, E. R. L.; CRUZ, R. B. **Atención primaria de salud y medicina general integral**. In: SINTES, R. A. Temas de medicina general integral. Vol. I, Salud y Medicina, La Habana: Editorial Ciências Médicas, 2001. p. 7-28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500007. Acessado em 21 de março de 2020.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, e180021, 2018

MATUS F. **O Plano Como Aposta**. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados/SEADE.Gov. 2003. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v05n04/v05n04_07.pdf. Acessado em: 19 de março de 2020

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 19 de março de 2020.

PAIM, J.S. **A reforma sanitária e os modelos de assistências**. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE. Rio de Janeiro: Hucitec, p.455-466, 2006.

PEREIRA, I.M.O. Proposta de intervenção interdisciplinar para a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Liph Science**, v. 2, n. 2, p. 21-40, abr./jun., 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE POTÉ, Minas Gerais. Disponível em: www.pote.mg.gov.br/2020. Acessado em: 20 de março de 2020.

SILVA, V.R., CADE N.V., MOLINA, M.C.B. Risco coronariano e fatores associados em hipertensos de uma unidade de saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 439-44, out/dez 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). 2016 – Arquivos Brasileiros de Cardiologia. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial** 2016. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83 Disponível em:

http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
. Acessado em: 19 de março de 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 89, n. 3, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n2/1809-4481-physis-27-02-00255.pdf>. Acessado em: 18 de março de 2020.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. de C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto - enferm.** v.16, n.2, pp. 233-238, 2007.

TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE MINAS GERAIS – TRE/MG. Disponível em: <http://www.tre-mg.jus.br/eleicoes/eleicoes-anteriores-1>. Acessado em: 18 de março de 2020.