

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

Marianne Almeida Rodrigues

**PLANO DE AÇÃO PARA A REDUÇÃO NA PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO USUÁRIA DO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA JOAQUIM PEDROSA, TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS**

Teófilo Otoni

2023

Marianne Almeida Rodrigues

**PLANO DE AÇÃO PARA A REDUÇÃO NA PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO USUÁRIA DO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA JOAQUIM PEDROSA, TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora Doutora Eluana
de Araújo Gomes.

Teófilo Otoni

2023

R696p Rodrigues, Marianne Almeida.
Plano de ação para a redução na prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica na população usuária do Programa Saúde da família Joaquim Pedrosa, Teófilo Otoni – Minas Gerais [recursos eletrônicos]. / Marianne Almeida Rodrigues. - - Belo Horizonte: 2023.

37f.: il.

Formato: PDF.

Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Eluana de Araújo Gomes.

Área de concentração: Hipertensão Arterial.

Monografia (Residência): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Hipertensão. 2. Estilo de Vida. 3. Saúde. 4. Exercício Físico. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Gomes, Eluana de Araújo. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WG 340

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



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

Aos vinte e oito dias do mês de agosto de 2023, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso de ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - CEESF- se reuniu para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do aluno **MARIANNE ALMEIDA RODRIGUES** "PLANO DE AÇÃO PARA A REDUÇÃO NA PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO USUÁRIA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA JOAQUIM PEDROSA, TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS", requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Estratégia Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Profª. Dra. IVANA MONTANDON SOARES ALEIXO e Profª. Dra. ELUANA DE ARAUJO GOMES, O TCC foi aprovado com a nota 86.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela Coordenação do CEESF nos dias vinte e oito de Agosto, do ano de dois mil e vinte três e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro.

Belo Horizonte, 31 de janeiro de 2024.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso Especialização em Estratégia Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro**, Coordenador(a) de curso de pós-graduação, em 05/02/2024, às 15:24, 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 **2991822** e o código CRC **0E7B74A3**.

RESUMO

A Hipertensão Arterial é uma doença crônica de grande prevalência no Brasil e no mundo, considerada um problema de saúde pública, podendo estar associada a vários fatores de risco e que pode trazer complicações futuras. Desta forma, o presente trabalho tem como objetivo elaborar um Projeto de ação para contribuir na melhoria no estilo de vida, autocuidado e adesão ao tratamento de usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica por parte da Equipe de Saúde da Família no Programa Saúde da Família Joaquim Pedrosa de Teófilo Otoni, Minas Gerais. A metodologia partiu da realização do Planejamento Estratégico Situacional e fazendo uso do método de Estimativa Rápida, além de uma revisão bibliográfica. Por meio da intervenção espera-se melhoria nos níveis pressóricos da população com hipertensão arterial e mudanças no estilo de vida por meio da prática de atividade física e alimentação saudável, e consciência da importância do autocuidado e na adesão ao tratamento tanto por meio de medicamentos, quanto em mudanças no estilo de vida. Conclui-se a importância da Equipe de Saúde da Família na prevenção e promoção da saúde atuando em um modelo de atenção centrado na pessoa.

Palavras-chave: hipertensão arterial; estilo de vida.

ABSTRACT

Arterial Hypertension is a chronic disease of great prevalence in Brazil and in the world, considered a public health problem, which may be associated with several risk factors, and which may bring future complications. In this way, the present work aims to develop an action project to contribute to the improvement in lifestyle, self-care, and adherence to the treatment of users with Systemic Arterial Hypertension by the Family Health Team in the Joaquim Pedrosa de Family Health Program. Teófilo Otoni, Minas Gerais. The methodology started from the realization of the Situational Strategic Planning - PES and making use of the Quick Estimate method, in addition to a bibliographic review. Through the intervention, it is expected an improvement in the blood pressure levels of the population with arterial hypertension and changes in lifestyle through the practice of physical activity and healthy eating, and awareness of the importance of self-care and adherence to treatment both through medication, as well as changes in lifestyle. It is concluded the importance of the Family Health Team in the prevention and health promotion acting in a person-centered care model.

Keywords: hypertension; lifestyle.

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Joaquim Pedrosa, Unidade Básica de Saúde Joaquim Pedrosa, município de Teófilo Otoni, estado de Minas Gerais.....	21
Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Programa Saúde da Família Joaquim Pedrosa, do município de Teófilo Otoni, estado de Minas Gerais.....	37
Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Programa Saúde da Família Joaquim Pedrosa, do município de Teófilo Otoni, estado de Minas Gerais.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária em Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BIB – Produto Interno Bruto

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial CAPS infanto-juvenil

CEAE - Centro Estadual de Atenção Especializada

CEO - Centro Especializado de Odontologia

EAP - Edema Agudo de Pulmão

ESB - Estratégia de Saúde Bucal

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IR - Insuficiência Renal

NASF-AB - Núcleo de Ampliado de Saúde da Família Atenção Básica

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - Pressão Arterial

PACS - Programas Agentes Comunitários de Saúde

PAS - Programas Agentes de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SAMU - Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SUS - Sistema Único de Saúde

TFD - Tratamento fora de domicílio

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Aspectos gerais do município	9
1.2 O sistema municipal de saúde	10
1.3 Aspectos da comunidade.....	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde Programa Saúde da Família Joaquim Pedrosa..	12
1.5 A Equipe de Saúde da Família Joaquim Pedrosa da Unidade Básica de Saúde Joaquim Pedrosa.....	14
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Joaquim Pedrosa	14
1.7 O dia a dia da equipe Joaquim Pedrosa	15
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	16
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	17
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos específicos.....	19
4 METODOLOGIA.....	20
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
5.1 Breves considerações sobre o Sistema Único de Saúde	21
5.2 Saúde da Família	22
5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica	25
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	28
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	28
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	29
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	29
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)	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Teófilo Otoni possui uma população de 141.269 habitantes (IBGE, 2021). cidade Teófilo Otoni encontra-se situada no Nordeste do Estado de Minas Gerais, no Vale do Mucuri e é considerada centro macrorregional. O município ocupa uma área de 3.242,270 km², com 19,26 km² de área urbana, com densidade demográfica de 41,56 hab./km² e o seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,701 (IBGE, 2010).

O Vale do Mucuri possui 27 (vinte e sete) municípios, são eles: Águas Formosas, Ataléia, Bertópolis, Campanário, Carlos Chagas, Catuji, Crisólita, Frei Gaspar, Fronteira dos Vales, Itaipé, Itambacuri, Jampruca, Ladainha, Malacacheta, Machacalis, Nanuque, Ouro verde de Minas, Pavão, Pescador, Poté, Serra dos Aimorés, Teófilo Otoni, Umburatiba e mais 4 municípios que foram criados em 1995: Franciscópolis, Novo Oriente de Minas, Santa Helena de Minas e Setubinha. O Município é composto por 5 (cinco) distritos: Pedro Versiani, Crispim Jacques, Rio Pretinho, Mucuri e Topázio. A cidade é referência no comércio de Pedra Preciosas (PREFEITURA DE TEÓFILO OTONI, 2022).

Segundo Garcia (2017), o Estado de Minas Gerais tem sua geração de renda caracterizada por um elevado grau de concentração regional. A região central do Estado é a mais produtiva e com maior população, correspondendo a 46,6% Produto Interno Bruto (PIB) de Minas Gerais. As regiões do Norte, Jequitinhonha, Mucuri e Rio Doce totalizam apenas 12,2% do PIB. A região do Jequitinhonha e Mucuri possuem o PIB per capita mais baixo dentre as dez regiões pertencentes ao Estado de Minas Gerais (GARCIA, 2017).

A distribuição setorial do PIB da região do Vale do Jequitinhonha e do Vale do Mucuri tem como predominância dos serviços, cerca de 69,0% se comparado à participação relativa da agropecuária que é de 16,5% e da indústria de 14,5%. A região é responsável por empregar 1,5% dos empregos formais, representado apenas 0,3% das exportações totais da economia do Estado (GARCIA, 2017). A agricultura é o setor que não tem muita relevância na economia de Teófilo Otoni. Existem pequenas fábricas, atualmente, a indústria é o setor que não influencia na economia do

município. A cidade possui poucas indústrias, que em sua maioria estão ligadas ao setor de alimentos, agroindústria e também na extração de minerais e pedras preciosas, o que dá o nome de Capital das Pedras Preciosas (GARCIA, 2017).

Quanto aos aspectos gerais do sistema de saúde, possui 47 Estratégia de Saúde da Família, sendo 10 localizadas na zona rural e 37 na zona urbana, 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, e os seguintes hospitais que prestam atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS): Hospital Bom Samaritano (entidades sem fins lucrativos), Hospital Municipal Doutor Raimundo Gobira (Administração pública municipal), Hospital Filadélfia (Entidades Empresariais), Hospital Campanha COVID-19 (Administração pública municipal) e Hospital Santa Rosalia (entidades sem fins lucrativos) (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2021).

Quanto à rede de educação, o município possui estabelecimentos que oferecem o Ensino Infantil em um total de 96, sendo 31 Creches (6 municipais e 25 privadas) e 65 pré-escolar-escolar (50 municipais e 15 privada) (IBGE, 2021). Já o ensino fundamental tem um total de 72 escolas nos anos iniciais sendo 32 Municipais; 27 Estadual e 13 Privado. Quanto aos anos finais, um total de 40 escolas, sendo 5 Municipal, 27 Estadual e 8 Privado. O ensino médio sendo oferecido por 27 escolas. Quanto ao saneamento básico, a cidade possui 47.324 residências abastecidas com água e 40.357 com esgotamento sanitário (IBGE, 2021).

1.2 O sistema municipal de saúde

De acordo com as informações recolhidas durante o diagnóstico situacional, os pontos de Atenção à Saúde e Sistemas de Apoio e Logístico podem ser visto sob a distribuição dos serviços de saúde conforme a Rede de Atenção à Saúde do município de Teófilo Otoni é desenhada conforme os seguintes níveis de assistência: Atenção Básica: 47 Unidades de Saúde com a Estratégia Saúde da Família, uma Farmácia Distrital; quatro farmácias nas Unidades de Saúde; um serviço de Vigilância Sanitária; um serviço de Vigilância Epidemiológica, uma equipe de consultório na rua e cinco equipes de Núcleo de Ampliação de Saúde da Família Atenção Básica (NASF-AB).

Ainda de acordo com as informações obtidas no diagnóstico situacional, na atenção secundária possui oito laboratórios municipais (convênio); uma Policlínica Municipal; um Centro de Especialidades Saúde da mulher, um Centro Especializado

de Odontologia (CEO), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-ad) e um CAPS infanto-juvenil (CAPSi).

Na Atenção Terciária existe um hospital municipal de ortopedia e traumatologia; dois Hospitais particulares conveniados ao SUS, um hospital para tratamento oncológico. Rede de Urgência existe uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), um Hospital Campanha COVID-19, um Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Corpo de Bombeiros Militar.

No que se refere ao Sistema de Referência e Contrarreferência, pode-se concluir, segundo informações obtidas pela Atenção Básica, que a mesma funciona localmente com atendimento de demanda simples de especialistas existentes no município. Em casos mais complexos esse atendimento especializado é feito em Belo Horizonte, cidade referência regional, mas os sistemas de referência e contrarreferência são deficitários, pois é demorado o retorno no tempo adequado à necessidade das equipes e dos pacientes.

As redes de média e alta complexidade públicas e privadas funcionam razoavelmente. As redes de alta complexidade só em polos maiores, como Belo Horizonte, entre outros. O modelo de atenção predominante no município de Teófilo Otoni é o Sistema Único de Saúde (SUS), concebido como um sistema nacional e público de saúde. O Sistema de Saúde está organizado em formato de redes de atenção à saúde, onde busca prestar assistência de maneira integral e continua para a população atendida e com comunicação entre os diferentes níveis e setores dos equipamentos sociais pertencentes a rede. O modelo de Atenção à Saúde do município de Teófilo Otoni é a atenção básica em saúde.

Os principais problemas relacionados ao Sistema Municipal de Saúde verificados durante a pesquisa e no diagnóstico situacional, primeiramente a dificuldade de acesso as redes de alta complexidade públicas e privadas, onde necessita de encaminhamentos por meio da Rede e nem sempre esse acesso é ágil. Outra dificuldade é quanto ao acesso ao serviço especializado, como consultas para áreas específicas para a população que não estão presentes no atendimento da Estratégia de Saúde da Família. Outro problema é quanto a demora no retorno nos sistemas de referência e contrarreferência, onde os usuários ficam prejudicados, pois fica-se esperando vaga.

1.3 Aspectos da comunidade

A Unidade Básica de Saúde está localizada no bairro Joaquim Pedrosa, onde o mesmo está localizado na região Norte de Teófilo Otoni e possui aproximadamente 50 logradouros e possui fácil acesso por meio de linha de ônibus.

O bairro Joaquim Pedrosa possui 3.833 moradores/residentes, onde grande parte dela é de baixa renda e grande parte dos moradores trabalham nas proximidades nos comércios locais da BR 116. O bairro possui como instrumentos sociais, o colégio Municipal Sidônio Otoni e a Escola Estadual São Sebastiao e o SAMU, bem próximo ao bairro e uma associação de bairro com pouca atuação. A estrutura de saneamento básico é adequada no abastecimento de água e esgotamento sanitário e também existe a coleta de lixo, possuindo alguns trechos de ruas asfaltados. Alguns trechos no bairro Joaquim Pedrosa, sofrem por atuação de tráfico de drogas.

Quanto ao levantamento realizado para verificar a situação dos aspectos demográficos conforme cadastro da área de abrangência no PSF Joaquim Pedrosa, obtidos por meio de consulta aos registros e anotações do local, durante a pesquisa foi possível constar que atende: 164 crianças com idade de 0 a 5; 130 crianças com idade de 6 a 10 anos; 251 adolescentes com idade de 10 a 19 anos; 804 mulheres com idade de 25 a 64 anos; 17 gestantes, 417 idosos, 98 usuários do Programa Bolsa Família, um total de 1.194 famílias e 3.833 pessoas.

Os achados da pesquisa quantos aos aspectos epidemiológicos verificou-se em relação ao quantitativo e condição de saúde: 17 gestantes; 460 hipertensos; 110 diabéticos; 05 gestantes em grupo de risco; 60 pessoas com sofrimento mental; 15 acamados; 108 fumantes; 44 pessoas que fazem uso de álcool e 31 em obesidade.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Programa Saúde da Família Joaquim Pedrosa

O Programa Saúde da Família (PSF) Joaquim Pedrosa está localizado na Rua José Arreguy, nº 39, Bairro Joaquim Pedrosa, em uma casa alugada e adaptada para atender como Unidade de Saúde. A unidade de saúde possui uma Estratégia de Saúde da Família ESF e Estratégia de Saúde Bucal - ESB. A ESF foi implantada em 01/01/2007 e a ESB em 08/09/2020.

Segundo observações durante diagnóstico situacional, no que se refere a estrutura física existe uma sala de espera/recepção, sala de vacina, sala de

atendimento médico, sala de pré-consulta, consultório dentista, sala de enfermagem, duas salas onde os profissionais do NASF-AB revezam para atendimento (psicólogo, nutricionista, etc.), um banheiro para o público. Ao fundo, possui um depósito de materiais, dois banheiros para os funcionários, uma cantina pequena, uma área pequena de serviço com tanque e uma área onde os agentes comunitários usam. Pode-se considerar a casa como inadequada para atendimento da demanda da população pois possui pouco espaço para a sala de espera dos pacientes. No entanto, as salas são bem divididas e o espaço é bem aproveitado.

A sala de recepção é onde encontra-se o auxiliar administrativo e na área livre fica um agente comunitário para ajudar na organização do atendimento e as demandas. Mas em dias de grandes demandas, como no caso da vacinação contra a COVID-19, muitos pacientes esperam na rua, em função do espaço de espera não ser suficiente para todos o que leva a reclamações, pois não possui área externa coberta. Não há espaço para grandes reuniões com a comunidade, e os grupos operativos (como atividade física), ações com maior público são realizadas no salão da igreja católica do bairro, próximo a unidade. A população atendida é de 3.833 usuários, mapeados em oito áreas de M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7 e M8. O bairro é caracterizado por possuir muitas ladeiras e por ter ruas no alto, então os pacientes ficam insatisfeitos com a localização da unidade.

No que tange aos instrumentos a unidade é bem equipada, possuindo os equipamentos básicos. No entanto, não possui equipamento para esterilizar, onde são levados para a secretaria de saúde, e falta reposição de materiais. A enfermeira sempre solicita, mas é uma deficiência que as equipes passam e ocorrem “as trocas” entre as unidades, para não ficar desabastecido. Há que destacar o bom relacionamento da comunidade com a equipe, onde ocorrem inclusive muitas doações como fogão, geladeira, cadeiras, entre outros.

No que se refere aos problemas relacionados a Unidade Básica de Saúde, pode-se destacar, um dos eventos que ocorrem é quanto a falta de computadores na Unidade, onde possui apenas 01 (um) para que todos possam utilizar, isso causa desgaste entre a equipe e atrasos nos lançamentos e digitações. A unidade não possui linha telefônica, o que faz com que todos façam uso dos seus celulares particulares para atender aos pacientes, o que também é angustiante para a equipe. Seria ideal que a unidade contasse com um profissional responsável pelas demandas

administrativas e para atender as solicitações do coordenador e gestor pois todas as decisões ficam a cargo da enfermeira, desde a escala de férias, quanto agendamentos e encaminhamentos para exames, Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE), Centro Viva Vida, Tratamento fora de domicílio (TFD), entre outros, além dos serviços de enfermagem, o que sobrecarrega a profissional. Já foi solicitado para a coordenação um funcionário para este setor, mas ainda não houve a contratação. Muitas vezes falta os materiais básicos, como café, que são comprados pela equipe, materiais de limpeza em geral e de escritório que muitas vezes o almoxarifado não possui para enviar.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Joaquim Pedrosa da Unidade Básica de Saúde Joaquim Pedrosa

Durante a realização do diagnóstico situacional foi possível verificar a composição da equipe. A equipe de Saúde da Família é composta pelos seguintes profissionais/categoria, conforme pesquisa realizada na UBS por meio dos arquivos de composição da equipe, com carga horária de 40 horas semanais: 01 Faxineiro; 08 Agentes comunitários de saúde; 02 Técnicos de enfermagem da estratégia de saúde da família; 01 Médico clínico, 01 Cirurgião dentista clínico geral, 01 Auxiliar em saúde bucal, 01 Enfermeiro da estratégia de saúde da família, 01 Auxiliar de serviços gerais e 01 Auxiliar administrativo

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Joaquim Pedrosa

A Unidade Básica de Saúde Joaquim Pedrosa funciona das 07:00 às 17:00, onde possui um auxiliar administrativo para recepção e arquivo na unidade e conta com um agente comunitário de saúde diariamente, que se revezam para atenderem no “acolhimento” dos pacientes para atendimento médico e outros serviços oferecidos pela unidade, conforme agendamentos. A unidade não fecha para horário de almoço, onde os Agente Comunitários de Saúde e revezam.

A Unidade possui uma enfermeira que atua como coordenadora da unidade e também realiza os procedimentos de enfermagem, como coleta de preventivo, teste do pezinho, entre outras demandas. Possui ainda uma auxiliar de enfermagem que fica responsável pela triagem de atendimento médico e realização de procedimentos inerentes a própria função. Rotineiramente, os agentes comunitários cumprem suas

demandas externas pela manhã e no vespertino revezam para assuntos internos na unidade e despachos com a enfermeira.

Os profissionais realizam suas atividades normalmente. Vacinação, aferição de pressão arterial (PA), glicemia, curativos, entre outros são realizados pela técnica de enfermagem. Puericultura, preventivo, orientações gerais, entre outros são realizados pela enfermeira. O processo de trabalho do PSF Joaquim Pedrosa é concentrado em sua maior parte por demanda espontânea, principalmente agora pela pandemia que muitas ações foram afetadas. Alguns programas foram retomados após o período da Pandemia do COVID-19, como pré-natal, puericultura, atendimento a hipertensos e diabéticos, atividade física e práticas corporais, mas de maneira gradativa e sem grandes adesões.

São realizados com agendamento atendimento individuais a nutricionista, psicólogo na unidade. Realizam ainda visitas domiciliares e grupos operativos o profissional fisioterapeuta e o grupo de atividade física com o profissional de Educação Física. Sempre que possível, são realizados sala de espera com algum tema, e ações como aferição de PA e glicemia dos participantes, e palestras sobre alimentação e hábitos de vida, orientações sobre uso dos medicamentos e a necessidade de consulta médica individual.

Estas tem sido as ações realizadas com maior frequência neste período, além do atendimento médico. A unidade conta sempre com a parceria das universidades com estudantes de medicina, enfermagem e nutrição que desenvolvem atendimentos na unidade e na comunidade. A agenda da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é construída, neste momento com os profissionais do NASF via telefone ou WhatsApp e com a equipe por reunião mensal ou quando há necessidade. Sendo necessário melhor adequação para alinhamento das ações e criação de estratégias.

1.7 O dia a dia da equipe Joaquim Pedrosa

De segunda-feira a quinta-feira os atendimentos são realizados pelos médicos sendo dia de consultas programadas. No dia do atendimento médico são atendidos 15 pacientes previamente agendados e duas vagas para demanda espontânea. A técnica de enfermagem realiza as pré-consultas, onde se avalia a necessidade da consulta com o médico.

Nas segundas-feiras ocorre o grupo de reabilitação física, com a profissional fisioterapeuta e, na quinta-feira com a profissional de educação física, com práticas corporais e atividade física. Nos grupos é realizado aferição da PA de todos os participantes que são, na sua maioria, idosos, hipertensos e/ou diabético ou com sobrepeso. Quinta-feira é dia de atendimento de preventivo pela enfermeira, que colhe o material e o mesmo é enviado via correios.

Os profissionais do NASF-AB, como nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, educador físico e farmacêutico, realizam visitas domiciliares os usuários acamados e com dificuldade de acesso a unidade de saúde são atendidos pela médica e um agente comunitário de saúde. Os mesmos recebem também acompanhamento da enfermagem, nutricionista, psicologia e assistente social, e pré-natal com as gestantes da área. O planejamento e avaliação das ações a serem ofertadas à população, como Estratégia de atendimento individual, saúde coletiva, grupos operativos e demanda espontânea, ocorre quando há reuniões de equipe ou sob demanda da coordenação e gestor de saúde. Mas geralmente as principais ações seguem o Calendário Anual da Saúde e nas metas já estabelecidas.

Observa-se que não existem mecanismos de avaliação do trabalho dos profissionais e nem das ações realizadas, como público atingido, mudanças propiciadas. Percebe-se que muitos profissionais estão na zona de conforto, cumprindo apenas as funções delegadas. No entanto, vale ressaltar que os principais problemas é a falta de planejamento das ações, com avaliação das mesmas e também da equipe, pois isso leva a uma falta de perspectivas e motivação e conseqüentemente não promove mudanças. Além disso a falta de matriciamento da equipe, das ações, educação permanente para os profissionais são pontos críticos percebidos.

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

Para a estimativa rápida e identificação dos principais problemas existentes no território da unidade, as informações obtidas favoreceram a construção do diagnóstico situacional, em que foram identificados os seguintes problemas:

- Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS);
- Grande número de usuários fumantes;

- Grande número de usuários com transtorno mental.

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

O Quadro 1 apresenta a priorização dos problemas considerando a relevância dos mesmos e a capacidade de intervenção da equipe de saúde.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Joaquim Pedrosa, Unidade Básica de Saúde Joaquim Pedrosa, município de Teófilo Otoni, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica	Alta	11	Parcial	1
Grande número de usuários fumantes	Alta	10	Parcial	2
Grande número de usuários com transtorno mental	Alta	9	Parcial	3

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de 600 milhões de pessoas no mundo possuem HAS, com um crescimento global de 60% até o ano de 2025 e cerca de 7,1 milhões de mortes por ano (OMS, 2010). Desta forma, o aumento dos casos de Hipertensão Arterial eleva os custos dos sistemas de saúde, representando um alto impacto socioeconômico (MALTA, 2018). O papel da Equipe de Saúde da Família é atuar perante esta demanda, mesmo ainda sendo desafiadora, promovendo resultados no controle e tratamento dos pacientes com hipertensão arterial.

No acompanhamento da rotina diária dos usuários que chegam a Unidade de Saúde, quando não fazem uso dos medicamentos de maneira correta associados ao estilo de vida inadequado, apresentam valores da PA acima dos valores recomendados, onde em muitas situações, é necessário realizar o encaminhamento e instrução para procurar a Unidade de Pronto Atendimento da cidade.

Diante da gravidade da doença, são necessárias implementação de ações e estratégias visando a promoção, manutenção da saúde, bem como a prevenção de novas comodidades relacionadas a HA. Assim, o tratamento e controle da HA ocorre por meio do uso de medicamentos, mas também através de mudanças nos hábitos e estilo de vida (MALTA, 2018). Desta forma é possível melhorar as condições de saúde dos usuários da unidade de saúde Joaquim Pedrosa.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Elaborar um Projeto de ação para contribuir no controle da hipertensão arterial dos usuários por parte da Equipe de Saúde da Família no Programa Saúde da Família Joaquim Pedrosa de Teófilo Otoni, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Propor a implementação de mudanças no estilo de vida mais saudável da população com Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Promover ações para incentivar os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica para o autocuidado, o uso correto das medicações e a importância da adesão ao tratamento para melhoria da saúde e qualidade de vida.

4 METODOLOGIA

Na elaboração deste trabalho foi utilizado para o Planejamento Estratégico Situacional (PES) para conhecer a realidade situacional por meio de um processo participativo com a Equipe de Saúde da Família, fazendo uso do método de Estimativa Rápida dos principais problemas observados, definição e explicação dos problemas prioritários, dos nós críticos e a elaboração do Plano de Intervenção (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

Para a construção da revisão bibliográfica que fornece o embasamento necessário para comparação de ideias de autores que já discorreram sobre o tema foi utilizada como fonte de consulta a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescan e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica como Portal de Periódicos Capes, Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Foram utilizados como descritores e palavras-chaves utilizados para a busca dos artigos nas bases de dados foram: hipertensão arterial, estilo de vida. Os artigos foram avaliados e triados por meio da leitura dos títulos e resumos. Os artigos selecionados após a triagem foram lidos na integralidade. Foram utilizados como critério de inclusão artigos em português publicados na íntegra.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Breves considerações sobre o Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) criado após a instauração da Constituição Federal de 1988. Teve seu início nos anos 70 e 80 com o movimento sanitário. (BRASIL, 1990). No ano de 1990, pelo Congresso Nacional, estabelece-se o funcionamento, preceitos e princípios do SUS para a universalidade da saúde e de forma gratuita (BRASIL, 1990). O SUS é regulamentado pelas Lei nº. 8080/90 e 8.142/90, a Lei Orgânica da Saúde, onde determina o caráter universal e a sua prestação prioritariamente responsabilidade do Estado. Este processo deslançou a descentralização político-administrativo da política social de saúde (BRASIL, 1990).

O Sistema Único de Saúde regulamenta a Reforma Sanitária previstas e estipuladas na Constituição de 1988 tendo como objetivo a extensão dos conceitos de saúde, com a orientação dos preceitos doutrinários especificados na Constituição Cidadã, sendo a universalidade, onde a saúde torna-se um direito de cidadania para todos os serviços e de responsabilidade do Estado (BRASIL, 2003). Outro princípio é a equidade, objetivando a redução das desigualdades, oferecendo serviços de saúde para todos e a integralidade, onde considera-se a pessoa como um todo (BECH, 2002; KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003).

Além disto, o SUS está alicerçado aos princípios organizativos da regionalização e hierarquização, onde os serviços devem ser organizados por níveis de complexidades, de forma crescente (BECH, 2002; KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003). Outro princípio é a descentralização, ou seja, descentralizar político-administrativamente nas esferas do governo. A racionalização e resolução, onde visa racionalizar os gastos do sistema, por meio das ações com base nos indicadores epidemiológicos (BECH, 2002; KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003).

A complementaridade do setor privado, que significa que onde a estrutura da esfera pública não for suficiente, poderá recorrer ao setor privado; e participação da comunidade, que tem papel fundamental para democratizar o Estado-Controle Social. (BECH, 2002; KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003). A partir destes princípios o Sistema Único de Saúde tem como objetivo e atuação, conforme posto por Lucchesi (2004):

O SUS deve atuar por meio da formulação de políticas e da execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e ambiental, saúde do trabalhador, assistência terapêutica integral (inclusive farmacêutica), vigilância nutricional, orientação alimentar e saneamento, e as relativas a política de sangue e hemoderivados (LUCCHESI, 2004, p. 20).

Assim, o SUS enquanto política de saúde pública, deve atuar nas ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, entre outras, deve ainda, impulsionar o desenvolvimento científico e tecnológico e a formação dos recursos humanos para atuação na área da saúde.

5.2 Saúde da Família

A saúde na modernidade tem sofrido várias mudanças no Brasil, alterações essas que são de origens políticas, econômicas e socioculturais, tanto da sociedade como dos processos de saúde e doença. dentre as modificações que ocorreram no processo de saúde-doença, tem a consideração do "ponto chave" no foco da saúde da família (BARROS, 2014).

A modificação na visão do processo de doença e saúde ao longo do tempo, possibilitaram chegar ao patamar que se encontra na atualidade, onde a Medicina Preventiva e seus desdobramentos surgiram na década de 60 e 70, a Medicina Comunitária e o movimento da *Family Medicine*, na década de 60, nos Estados Unidos. A Medicina Comunitária representou uma nova maneira de como fazer saúde paralelamente a medicalização, prática que dominava naquela época (BARROS, 2014).

As propostas da *Family Medicine* nos anos 80, no Brasil, em resposta a crise da saúde, onde ocorre a reforma dos serviços de saúde, pautada na mudança da intervenção estatal em campo social. No campo sanitário, as mudanças são em assistência médica. (BEHRING, 1998).

Assim, um novo paradigma da saúde começa a ser delineado, para a reversão do quadro saúde-doença, onde este processo de saúde-doença é caracterizado por meio das relações existentes entre o homem e a natureza, onde entende-se natureza como espaço, meio ambiente e território; e com outros sujeitos em um determinado tempo histórico e espaço geográfico (BEHRING, 1998).

Em 1978, na Conferência Internacional de Cuidados Fundamentais com Saúde, em Alma-Ata, organizada pela OMS difunde-se a atenção primária como estratégia, onde os países que estavam na Conferência assumiram o compromisso de

estabelecer a Atenção Primária em Saúde (APS), como sendo uma estratégia que objetivava a reordenação e reestruturação das políticas de saúde pública (BARROS, 2014).

Em função destas mudanças e nos movimentos ocorridos foi surgindo o enfoque na saúde da família, onde este, torna-se fundamental para os sistemas e serviços de saúde pautada na atenção primária, onde atribui-se a família fator significativo nas ações de planejamento e intervenções preventivas, de promoção e terapêuticas. Acerca deste enfoque, Barros (2014) descreve que:

O enfoque de Saúde da Família considera que os riscos em saúde e a aparição de doenças, bem como a obtenção do bem-estar tem como um de seus fatores determinantes o aspecto familiar, entendido este em suas concepções estrutural e dinâmica. Se a família tem um papel nos processos de saúde transite pelo caminho de considerá-lo no momento de desenvolver as intervenções em saúde (BARROS, 2014, p. 20).

Assim, a família tem papel importante nos processos de saúde contribuindo para as intervenções em saúde. Em 1963, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) publica acerca da formação do médico da família, onde o movimento médico da família surge para reorienta a formação profissional de médico atuando nas instituições de saúde.

No final da década de 1970 os serviços de atenção primária à saúde são valorizados internacionalmente, onde são instituídos os programas para a Atenção Primária em Saúde (APS), dando origem ao Sistema Único de Saúde. Em 1990, as políticas de saúde pública implementam os Programas Agentes de Saúde (PAS), Programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1990).

Dentro da Saúde da Família, destaca-se o Programa Saúde da Família. O PSF surgiu em 1994, no Governo do Presidente Itamar Franco. Barros (2014, p. 23) descreve o PSF onde: "tem como propósito contribui na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e na municipalização da integralidade e participação da comunidade". Em suma, o Programa Saúde da Família expandiu-se em questões qualitativas e quantitativas em 1998, no Governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso. Em 1997, divulga-se o documento Saúde da Família que anunciou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), voltado para a reorganização das práticas de trabalho em

saúde, objetivando ainda a garantia de acesso de forma igualitária de todos os serviços de saúde (BARROS, 2014).

Assim, por meio do PSF, em uma nova prática de atenção à saúde, as ações de saúde são levadas para mais próximos da família buscando melhorar as condições de saúde e qualidade de vida da população brasileira. (BARROS, 2014).

O PSF tem como objetivo geral, segundo Brasil (1997):

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997, p. 10).

Desta forma, busca a reorientação modelo de assistência tendo como orientação a atenção básica e o SUS, além disso, implica em novas responsabilidades para os serviços de saúde e a população. Tem como objetivo a prestação de assistência integral na unidade de saúde e no domicílio, humanizar as práticas de saúde, eleger a família e seu espaço social como núcleo básico para o atendimento à saúde, contribuir para democratização do conhecimento do processo saúde/doença, fomentar a saúde enquanto direito de cidadania (BRASIL, 1997).

A unidade de saúde é um espaço público de saúde, composto por uma equipe multiprofissional habilitada, para desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação na atenção primária à saúde (BRASIL, 1997).

Assim, a realização do atendimento e ações no PSF ocorrem por meio da equipe multiprofissional, onde deve-se atentar alguns princípios básicos em sua constituição:

O atendimento no PSF deve ser sempre realizado por uma equipe multiprofissional. A constituição da equipe deve ser planejada levando-se em consideração alguns princípios básicos: - o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/ doença - a integralidade da atenção - a ênfase na prevenção, sem descuidar do atendimento curativo - o atendimento nas clínicas básicas de pediatria, ginecologia obstetrícia, clínica médica e clínica cirúrgica (pequenas cirurgias ambulatoriais) - a parceria com a comunidade - as possibilidades locais (BRASIL, 1997, p. 20).

Assim, é necessário focar no processo de saúde-doença, prevenção e possibilidades da comunidade local, mantendo ainda o atendimento em caráter curativo. A equipe do PSF deve ser composta por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). no

entanto, outros profissionais podem ser incorporados de acordo as demandas e necessidades da comunidade local (BRASIL, 1997).

5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica

Malachias (2016) define ainda a Hipertensão arterial como: “Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg” (MALACHIAS, *et. al.*, 2016, p. 1). Assim, para considerar a hipertensão arterial além da elevação dos níveis pressóricos, atribui-se as condições clínicas multifatoriais do paciente. A Hipertensão Arterial representa uma das maiores causas de morbidade cardiovascular, acometendo cerca de 31,1% da população adulta em todo o mundo (SILVA, 2012).

Leonardi (2011) *apud* Fonteles, Santos e Silva (2009) aponta que os pacientes que possuem hipertensão arterial possuem também comorbidades associadas, como obesidade, diabetes mellitus e dislipidemias. Essas associações estão ligadas também ao estilo de vida que o indivíduo leva, tendo o sedentarismo como um fator de risco.

Leonardi (2011) aponta que a HAS é um fator de risco para o surgimento de doenças cardiovasculares. Malta *et. al.*, (2018) aponta neste sentido que a HAS representa o principal fator de risco para a Doença Cardiovascular (DCV), sendo responsável por significativa contribuição na carga global das doenças e nos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (MALTA, *et. al.*, 2018, p. 2). Desta forma, por meio do surgimento da doença cardiovascular, provocada também pela HAS aumenta-se a mortalidade.

Pescatello *et. al.*, (1991, p. 34) citado por Silva (2012) aponta que a hipertensão arterial pode levar ao óbito, onde cerca de 40% dos pacientes acometidos possuem altos índices de morbimortalidade, pelo comprometimento dos órgãos-alvo. Segundo Silva (2012) a hipertensão arterial pode atingir de 22% a 44% da população na fase adulta, sendo, portanto, um alto índice de prevalência.

A mudança na percepção do tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica tem mudado, inclusive na visão dos médicos, como prescrição terapêutica do exercício físico, conforme apontado por Marques *et. al.*, (2015): “É atualmente consensual que perante um doente com hipertensão o médico deve recomendar alterações ao seu estilo de vida” (MARQUES *et. al.*, 2015, p. 46). Indubitavelmente, o aumento da

pressão arterial está ligado ao estilo de vida que o indivíduo leva, considerando vários fatores que contribuem para a elevação.

Silva (2012) apud Gravima *et. al.*, (2006) decorre que os principais fatores para redução da pressão arterial estão associados a modificações no estilo de vida como a prática de atividade física e alimentação saudável. A modificação do estilo de vida contribui proporcionalmente para o controle ou elevação da pressão arterial do indivíduo.

A HAS como uma doença crônica e um problema de saúde pública pode ser controlada além do uso de medicamentos, mas também com medidas de controle baseadas no estilo e qualidade de vida dessas pessoas, como hábitos alimentares, práticas de atividade física, bem como os aspectos psicossociais que também influenciam no bem-estar e saúde. Ações como a prevenção, controle e tratamento da HAS fazem parte das estratégias desenvolvidas pela Estratégia Saúde Família (ESF).

Essas medidas de controle são consideradas como tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial, conforme aponta Machado (2008):

O tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial representa basicamente mudanças no estilo de vida. Existem fortes evidências de que essas mudanças, quando adequadamente implementadas, contribuem para o controle da pressão arterial e conseqüente redução da morbimortalidade cardiovascular a ela atribuída. Entretanto, o grande desafio no tratamento da hipertensão arterial é a adesão ao tratamento. (MACHADO, 2008, p. 50)

No entanto o restante dos pacientes deverá procurar tratamento através dos medicamentos anti-hipertensivos, pois apenas o tratamento não medicamentoso trará resultados satisfatórios. Entretanto, conforme ressaltado por Jardim, Monego e Souza (2004, p. 120): “o sucesso do tratamento desta síndrome de tanta importância social é absolutamente impossível sem que primariamente se consiga o mesmo sucesso na adoção de medidas não farmacológicas”. Assim, não basta somente o tratamento farmacológico, são necessárias as interações não medicamentosas, como mudança no estilo de vida.

Machado (2008) defende que muitas pessoas podem controlar a PA com a mudança do estilo de vida, se prevenido a HAS. Alguns fatores são considerados principais causas e que contribuem para a elevação da PA. Dente eles podem-se destacar hereditariedade, consumo excessivo de sal, álcool, obesidade, idade, sexo

e o estilo de vida sedentário.

Os fatores genéticos e idade estão relacionados com a hipertensão arterial (COOPER, 1990). O álcool apresenta um efeito bifásico na PA, ou seja, pouca quantidade diminui-a pelo efeito vasodilatador e com o consumo exacerbado, aumenta de acordo a resistência. O recomendado para o consumo de bebida alcoólica é de 20 a 30 g por dia homens e 10 a 20 g para mulheres (MACHADO, 2008).

Outro importante fator é o sedentarismo. Por isso, na atualidade, muitas são as estratégias para a prática regular de atividade física, sendo essencial tanto para a saúde quanto para o desenvolvimento social e sustentável. Evidências demonstram existir uma relação inversa da prática de atividades físicas e os níveis a PA.

Destaca-se também no controle da hipertensão arterial a diminuição da ingestão de sódio. Há uma correlação direta entre a ingestão de sódio e a hipertensão arterial (COELHO, NOBRE, 2004). Além disso, recomenda-se ainda o aumento na ingestão de alimentos ricos em potássio. Existe uma correlação inversa entre a ingestão de potássio e os níveis de pressão arterial, bem com a ocorrência de acidentes vasculares cerebrais (COELHO; NOBRE, 2004). Outra ação de controle é a interrupção do tabagismo. O tabagismo potencializa o risco das cardiopatias isquêmicas e outras doenças de origens cardiovasculares.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A construção da presente proposta refere-se ao problema priorizado “Alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), bem como a explicação (quarto passo) e a pôr fim a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Nos quadros seguintes apresenta-se desenho das operações para os dois “nós críticos” selecionados, além disso, apresenta as operações, o projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (cognitivos, financeiros e políticos). A metodologia aplicada é a do Planejamento Estratégico Simplificado.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O problema verificado diz respeito a quantidade de pacientes com HAS, o que pode levar ao acometimento de doenças cardiovasculares e ao óbito. O cadastro de usuário do PSF Joaquim Pedrosa possui 460 usuários com HAS. Além disso, tal patologia sobrecarrega os atendimentos no PSF como a realização de exames, consultas rotineiras com o médico, acesso a medicalização de forma contínua, além da vulnerabilidade para os usuários idosos, sobrecarregando assim o SUS e os serviços de saúde do município de Teófilo Otoni que se trata de uma macrorregião. O município de Teófilo Otoni, no ano de 2020 empenhou o valor de R\$ 156.750,00 para atendimento às pessoas com doenças crônicas, incluindo a hipertensão arterial sistêmica no Atenção Primária à Saúde, no Sistema Único de Saúde (TEÓFILO OTONI, 2020).

Julião, Souza e Guimarães (2021) apontam neste sentido que os custos econômicos que a Hipertensão Arterial Sistêmica ocorre de maneira direta, na utilização dos serviços de saúde são vistos em internações, medicações, previdência social, afastamentos no trabalho, entre outros. Os autores apontam ainda que o Brasil possui cerca de 38 milhões de indivíduos com 18 anos ou mais com diagnóstico da doença.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A HAS é uma patologia de caráter crônico e não transmissível (COSTA, *et al.*, 2022). Trata-se de um estado multifatorial pois envolve fatores genéticos, sociais e ambientais.

É um dos grandes desafios em saúde para a sociedade. Silva (2012) aponta que a HAS vai muito além do aumento dos níveis pressóricos e sim trata-se de um problema de saúde pública com maior prevalência na população brasileira e está diretamente associada ao surgimento de doenças cardiovasculares.

A HAS é a principal causa de surgimento de doenças cardiovasculares e que levam ainda a morte prematura (JULIÃO, SOUZA, GUIMARÃES, 2021). As doenças cardiovasculares podem ser Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Insuficiência Renal (IR) e Edema Agudo de Pulmão (EAP), segundo Costa *et. al.*, (2022), estas doenças representam:

A primeira causa de mortalidade, sendo que em diversas destas doenças a causa primordial é a HA. No ano de 2001, um total de 7,6 milhões de mortes em todo o universo foram atribuíveis a PA sistólica aumentada, sendo correspondente a 14% de todas as mortes (COSTA, *et al.*, 2022, p. 207).

Jardim, Monego e Souza (2004) apresentam alguns fatores de risco cardiovasculares como "obesidade, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo, estresse, entre outros" (JARDIM; MONEGO; SOUZA, 2004, p. 119) e com alguns fatores de caráter clínico como a diabetes, insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência vascular periférica, entre outros (JARDIM; MONEGO; SOUZA, 2004, p. 119).

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

- Estilo de vida inadequada do usuário (sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo e alcoolismo e obesidade).
- Falta de autocuidado e pouca adesão ao tratamento pelo usuário.

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

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

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Programa Saúde da Família Joaquim Pedrosa, do município de Teófilo Otoni, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Estilo de vida inadequado
6º passo: operação (operações)	Propor ações com o objetivo de promover mudanças no estilo de vida da população com Hipertensão Arterial por meio da modificação de hábitos e estilo de vida
6º passo: projeto	Viver Mais e Melhor
6º passo: resultados esperados	Melhoria nos níveis pressóricos da população com hipertensão arterial e mudanças no estilo de vida por meio da prática de atividade física e alimentação saudável
6º passo: produtos esperados	Desenvolvimento de um grupo de atividade física e práticas corporais. Desenvolvimento de um grupo de informações nutricionais
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre a importância da mudança no estilo de vida Político: adesão dos profissionais e espaço para atividade física Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos).
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: conhecimento sobre a importância da mudança no estilo de vida. Político: adesão dos profissionais e espaço para atividade física Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos).
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Direção da paróquia para ceder o espaço igreja (motivação favorável). Secretário municipal de saúde (motivação favorável). Médico e enfermeira (motivação favorável) Nutricionista da equipe NASF-AB (motivação favorável) Ações estratégicas: Reuniões com a equipe de saúde da família e NASF
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Responsáveis: Profissional de educação física Nutricionista Médico e enfermeira Prazo: Três meses para o início das atividades
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Prática de atividade física e corporais: aos três meses: programa implantado e implementado com realização de 02 vezes na semana. Será realizado um questionário de anamnese e avaliação física com teste de flexibilidade e agilidade. Ao final do período a avaliação será refeita para mensurar os resultados. Grupo “Alimente-se bem”: aos três meses: programa implantado e implementado com realização de 01 vez na semana. Será realizada uma entrevista sobre as informações nutricionais de cada usuário. Ao final do período será realizado um feedback com cada usuário.

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Programa Saúde da Família Joaquim Pedrosa, do município de Teófilo Otoni, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Falta de interesse do usuário com hipertensão arterial no autocuidado e pouca adesão ao tratamento
6º passo: operação (operações)	Incentivar o autocuidado, informando sobre a importância da adesão ao tratamento tanto por meio do uso correto da medicação e quanto do estilo de vida, para melhorar a saúde e qualidade de vida
6º passo: projeto	Me cuidado melhor
6º passo: resultados esperados	Usuários com consciência da importância do autocuidado e na adesão ao tratamento tanto por meio de medicamentos, quanto em mudanças no estilo de vida
6º passo: produtos esperados	Informações sobre o cuidado, prevenção e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica inerente ao estilo de vida e uso correto dos medicamentos por meio de palestras e oficinas
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: transmissão de conhecimentos aos usuários sobre o uso correto dos medicamentos e importância de mudanças no estilo de vida. Político: adesão dos profissionais: farmacêutico, profissional de educação física, médico, enfermeiro e agentes de saúde. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: transmissão de conhecimentos aos usuários sobre o uso correto dos medicamentos e importância de mudanças no estilo de vida. Político: adesão dos profissionais: farmacêutico, profissional de educação física, médico, enfermeiro e agentes de saúde. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretário municipal de saúde (motivação favorável). Médico e enfermeira (motivação favorável) Farmacêutico (motivação favorável) Reuniões com a equipe de saúde da família e NASF
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Responsáveis: Médico, enfermeira e Farmacêutico do NASF Prazo: Três meses para o início das atividades
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Mapeamento dos usuários e o uso de medicamentos: aos três meses: levantamento realizado por meio das visitas domiciliares sobre quais os medicamentos os usuários fazem uso por meio de entrevista inicial, acesso ao prontuário do usuário e mensuração dos níveis da pressão arterial de maneira regular. Orientação com profissionais de saúde: após três meses de implantado e implementando o programa implantado realizar avaliação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da realização deste estudo na área de abrangência na Equipe de Saúde do PSF Joaquim Pedrosa, verifica-se que a alta prevalência de usuários com Hipertensão Arterial está associada com a falta de informação dos mesmos em relação as mudanças no estilo de vida, no autocuidado e na adesão para o tratamento. Desta forma, o presente trabalho almejou a realização de um plano de ação para contribuir na redução dessa prevalência e para garantir melhoria nas condições de saúde e qualidade de vida da população, evitando consequentemente a evolução da patologia para outras complicações que estão associados com a Hipertensão Arterial.

O plano de ação busca por meio de ações estratégicas intervir na realidade encontrada através do Planejamento Estratégico Situacional e propõe a realização de atividade física e práticas corporais, apoio e informações nutricionais, uso correto de medicamentos e acerca da importância do autocuidado e na necessidade de mudanças no estilo de vida, onde o usuário também tem corresponsabilidade juntamente com a Equipe de Saúde sobre seu estado de saúde.

A Equipe de Saúde da Família é demasiado importante na atuação na prevenção e promoção da saúde e consequentemente pode contribuir para o controle da Hipertensão Arterial, evitando futuras complicações e que precise de serviços de saúde de média ou alta complexidade, efetivando assim, a implementação modelo de atenção centrado na pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, I. C. **A importância da estratégia de saúde da família:** contexto histórico. Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni, 2014. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4357.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2021.

BECH, J. Princípios Fundamentais da Atenção à Saúde. In: MISOCZKY, Maria Ceci A; BECH, Jaime (Orgs): **Estratégias de organização da atenção à saúde.** Porto Alegre: Dacasa; PDG Saúde, 2002. Disponível <https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2012-06/gestao-local-em-saude---praticas-e-reflexoes.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2021.

BEHRING, E. **Política Social do Capitalismo Tardio.** São Paulo: Cortez, 1998.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. **Lei nº. 8.142 de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 14 ago. 2022.

BRASIL. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2021.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento>>. Acesso em: 21 jan. 2021.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.** Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 21 jan. 2021.

COELHO, E. B. NOBRE, F. Tratamento anti-hipertensivo medicamentoso: atualidades e perspectivas. In.: PIERIN, Angela Maria Geraldo. **Hipertensão arterial:** uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole, 2004.

COOPER, K. H.; **Controlando a hipertensão.** 1ª edição. Editora Nórdica, 1990.

COSTA, Mábila Eduarda Silva. *et al.* Principais fatores assinalados por pacientes hipertensos para não adesão ao tratamento e controle da pressão arterial. **Scientia Generalis**, v. 3, n. 1, p. 206-214, 2022. Disponível em: <<http://scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/390>>. Acesso em 14 ago. 2022.

GARCIA, Estela Maria Boscov. **Plano Municipal de Conservação e Recuperação da Mata Atlântica de Teófilo Otoni**: Um Instrumento de Gestão Ambiental. Dissertação (Mestrado em Engenharia). Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – Campus Mucuri: Teófilo Otoni, 2017. Disponível em: <http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/bitstream/1/1662/1/estela_maria_boscov_garcia.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados: Teófilo Otoni**. 2021. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/teofilo-otoni.html>>. Acesso em: 21 jan. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE, 2021. **Cidades 2010. Teófilo Otoni**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/teofilo-otoni/panorama>>. Acesso em: 21 jan. 2021.

JARDIM, P. C. B. V. MONEGO, E. T. SOUZA, A. L. L. A Abordagem não medicamentosa do paciente com hipertensão arterial. Cap. 8 p. 119-138. In.: JULIÃO, Nayara Abreu. SOUZA, Aline de. GUIMARÃES, Raquel Rangel de Meireles. Tendências na prevalência de hipertensão arterial sistêmica e na utilização de serviços de saúde no Brasil ao longo de uma década (2008-2019). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4007-4019, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/L4sGZw5MYny3vjWDnCVLbxs/>>. Acesso em 14 ago. 2022.

JUNIOR, P. N. Monitorização não invasiva do sistema cardiovascular em anestesia: pressão arterial e eletrocardiografia. Cap. 4. p. 61-66. In.: BRAZ, José Reinaldo Cerqueira. CASTIGLIA, Yara Marcondes Machado. **Temas de anesthesiologia: para o curso de graduação em medicina**. 5 ed. rev. e ampl. São Paulo: UNESP: Artes Médicas, 2000.

KIRINUS, G. LINS, J. B. SANTOS, N. R. M. Os benefícios do exercício físico na hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v. 3, n. 13, p. 33-44, Jan/fev. 2009. Disponível em: <<http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/140>>. Acesso em: 20 de ago. 2022.

KUJAWA, H; BOTH, V; BRUTSCHER, V. **Direito à saúde com controle social**. Fórum Sul da Saúde. Ministério da Saúde. Centro de Educação e Assessoramento Popular de Passo Fundo; 2003. 87 p. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-20261>>. Acesso em 26 dez. 2022.

LEONARDI, P. C. L. **Efeitos da prática regular de exercícios físicos no idoso hipertenso**: uma revisão de literatura. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <<http://www.eeffto.ufmg.br/eeffto/DATA/defesas/20180123093035.pdf>>. Acesso em: 20 de ago. 2022.

LUCCHESI, P. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. Disponível em: <

https://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/polit_intro.pdf>. Acesso em 20 de ago. 2022.

MACHADO, C. A. Abordagem não medicamentosa: implementação de mudanças dietéticas e de atividade física. cap. 3. p. 37-53. In.: JR, Carlos V. Serrano. **Como tratar: hipertensão arterial**. São Paulo: Manole; SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abc/a/rsLYrK4L9yWHyxdL7zKfwDy/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 30 de ago. 2021.

MALACHIAS, M. V. B. *et. al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-104, set. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abc/a/rsLYrK4L9yWHyxdL7zKfwDy/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 30 de ago. 2021.

MALTA, D. C. *et. al.* Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos. Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 21, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/3YPnszP7L6kvWJpwg444mdj/>>. Acesso em: 30 de ago. 2021.

MARQUES, J. P. *et. al.* A hipertensão arterial e o exercício físico: elementos para uma prescrição médica. **Rev. Port. Med. Geral. Fam.**, v. 31, p. 46-50, 2015. Disponível em: <<https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11431>>. Acesso em: 30 de ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório de situação global sobre doenças não transmissíveis 2010**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789899717848_por.pdf?seq>. Acesso em: 21 jan. 2021.

PESCATELLO, L.; FARGO, A.; LEACH JR., C.; SCHERZER, H. Short-term effect of dynamic exercise on arterial blood pressure. **Circulation**, Baltimore, v. 83, n. 5, p. 1557-1561, 1991. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/21134026_Short-term_effect_of_dynamic_exercise_on_arterial_blood_pressure>. Acesso em 26 dez. 2022.

PREFEITURA DE TEÓFILO OTONI. Cidade: **Conheça a história do nosso município**. Disponível em: <<https://www.teofilootoni.mg.leg.br/cidade>>. Acesso em: 01 ago. 2022.

SILVA, C. M. M. **A prática de exercícios físicos e hipertensão arterial**. Universidade de Brasília. Brasília/ DF, 2012. Disponível em: <https://bdm.unb.br/bitstream/10483/4566/1/2012_CreudeMariaMouradaSilva.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2022.

TEÓFILO OTONI. **Prestação de contas valores recebidos do Governo Federal**. 2014. Disponível em: <<https://teofilootoni.mg.gov.br/covid/prestacao-de>>

contas/governo-federal/>. Acesso em 01 ago. 2022.