

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

**Fernanda de Meira Rubáck**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR AS COMPLICAÇÕES DOS  
PACIENTES HIPERTENSOS ADSCRITOS À UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
RURAL DA CIDADE DE BOM SUCESSO – MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte - Minas Gerais**

**2020**

**Fernanda de Meira Rubáck**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR AS COMPLICAÇÕES DOS  
PACIENTES HIPERTENSOS ADSCRITOS À UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
RURAL DA CIDADE DE BOM SUCESSO – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Ms. Maria Dolôres  
Soares Madureira

**Belo Horizonte - Minas Gerais**

**2020**

**Fernanda de Meira Rubáck**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR AS COMPLICAÇÕES DOS  
PACIENTES HIPERTENSOS ADSCRITOS À UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
RURAL DA CIDADE DE BOM SUCESSO – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

Banca examinadora

Professora Maria Dolôres Soares Madureira (orientadora) - UFMG

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 18 de setembro de 2020.

Gostaria de dedicar esse trabalho aos meus pais, Cristina e Edivaldo; ao meu marido, Petrus; à minha equipe de saúde da família da Zona Rural de Bom Sucesso e a todos colaboradores que foram de grande importância para o desenvolvimento desse trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, a Deus, por ter iluminado toda a minha trajetória e ter me dado saúde e competência para chegar até onde cheguei.

Aos meus pais, Cristina e Edivaldo, que me deram apoio incondicional a todo o momento e me proporcionaram todos os meios de estudo e conhecimento para que eu pudesse me tornar quem me tornei.

Ao meu marido, Petrus, por toda a paciência durante toda a caminhada, que não foi fácil e por todo o suporte emocional que me proporcionou.

À instituição NESCON, por compartilhar todas as experiências e me fazer ter a minha própria visão crítica, além de todo o conhecimento adquirido.

À minha orientadora, Maria Dolores, por todas as correções, críticas e orientações, além de todo suporte nesse pouco tempo.

“Acreditar na medicina seria a suprema loucura se não acreditar nela não fosse maior ainda, pois desse acumular de erros, com o tempo, resultaram algumas verdades” (PROUST).

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica, que é o aumento da pressão arterial, é uma doença muito prevalente e por ser uma doença praticamente assintomática, muitas pessoas não dão o devido valor e importância a ela. Esse trabalho tem como objetivo apresentar um projeto de intervenção para melhoria da abordagem e do tratamento de HAS para conseqüente redução das complicações das doenças nos pacientes das comunidades atendidas pela Equipe Rural, em Bom Sucesso, Minas Gerais. Ele foi desenvolvido para dar a real importância tanto para a doença quanto para suas complicações que podem chegar a ser letais, além de conscientizar e orientar os pacientes de como podemos controlar a pressão arterial e melhorar a qualidade de vida. O método utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional, além de uma revisão bibliográfica sobre o tema. No decorrer do estudo podemos observar que a avaliação e trabalho com a equipe multidisciplinar é essencial para que os pacientes se envolvam e tratem a doença da forma mais adequada possível e evitem as indesejadas complicações. Esperamos poder ajudar cada vez mais as pessoas, de forma tanto individualizada como em grupo, para que as pessoas tenham qualidade de vida para viver por um tempo maior e conseguindo ter um estilo de vida saudável e com o mínimo de interferência de comorbidades do dia a dia.

**Palavras chave:** Hipertensão. Fatores de Risco. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde.

## **ABSTRACT**

Systemic Arterial Hypertension, which is the increase in blood pressure, is a very prevalent disease and it is practically asymptomatic, many people do not give it due value and importance. This study aims to present an intervention project to improve the approach and treatment of SAH to consequently reduce the complications of diseases in patients in the communities assisted by the Rural Team, in Bom Sucesso, Minas Gerais. Was developed to give real importance to both the disease and its complications that can become lethal, in addition to raising awareness and guiding patients on how we can control blood pressure and improve quality of life. The method used was Situational Strategic Planning, in addition to a literature review on the theme. During the study, we can see that the evaluation and work with the multidisciplinary team is essential for patients to get involved and treat the disease in the most appropriate way possible and avoid unwanted complications. We hope to be able to help people more and more, both individually and in groups, so that people have a quality of life to live for a longer time and managing to have a healthy lifestyle and with minimal interference from comorbidities of everyday life.

Keywords: Hypertension. Risk factor. Primary health care. Health education.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde Rural, município de Bom Sucesso, estado de Minas Gerais.	17
Quadro 2 – Classificação da Pressão Arterial	21
Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Complicações em pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rural, do município Bom Sucesso, estado de Minas Gerais.	27
Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Complicações em pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rural, do município Bom Sucesso, estado de Minas Gerais.	28
Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Complicações em pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rural, do município Bom Sucesso, estado de Minas Gerais.	29
Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Complicações em pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rural, do município Bom Sucesso, estado de Minas Gerais	30

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DCV	Doença Cardiovascular
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRC	Insuficiência Renal Crônica
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
1.1 Aspectos gerais do município	12
1.2 O sistema municipal de saúde	12
1.3 Aspectos da comunidade	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde Rural	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Rural	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Rural	16
1.7 O dia a dia da equipe Rural	16
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	17
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	17
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>18</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>19</b>
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos específicos	19
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>20</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>21</b>
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	21
5.2 Abordagem da Hipertensão Arterial Sistêmica na atenção básica à saúde	22
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>25</b>
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	25
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	25
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	26
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)	26
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

Bom Sucesso é uma cidade composta de aproximadamente 17.243 habitantes em 2019, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com densidade demográfica de 24,46 habitantes por km<sup>2</sup>, localizada na região sul do Estado de Minas Gerais e distante 230 km da capital, Belo Horizonte (IBGE, 2020).

A cidade teve um crescimento populacional importante nas últimas duas décadas em função da agricultura, principalmente o café. Como em várias cidades brasileiras, esse crescimento não foi acompanhado do correspondente crescimento econômico, de infraestrutura, e, muito menos de um desenvolvimento social. Devido à sua situação geográfica estratégica e climática, ela é muito conhecida por plantações de cafés e por alguns caminhoneiros presentes na cidade devido à proximidade com São Paulo e Minas Gerais, sendo assim, a população rural é bem extensa. A cidade vive basicamente da agricultura (café), uma industrial produtora de cimento de grande porte na região. A cidade sempre tem um movimento maior durante o período de maio a setembro que é quando há uma grande necessidade de mão de obra para a colheita de café (IBGE, 2020).

A política sempre foi polarizada, alternando entre dois partidos nas eleições.

### 1.2 O sistema municipal de saúde

Em relação à saúde, temos todo o suporte de assistência básica, que cresceu muito nos últimos anos, urgência e emergência, além de cuidado hospitalar e alguma parte de exames de média complexidade, sendo a outra parte, importante, realizado em uma cidade polo vizinha, Lavras, que fica a 40 km de distância e em outra cidade polo, São João Del Rei, com distância de 100 km. Hoje a cidade apresenta 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) na zona urbana e uma equipe na zona rural, que compõe a maior parte da cidade (BOM SUCESSO, 2019).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada no sistema de saúde. A Prefeitura juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde fortaleceu muito a

atenção primária para que todos tenham acesso à saúde. Toda a população tem a fácil entrada, comunicação e atendimento na atenção primária.

A Atenção Secundária é bem diversa, contendo algumas especialidades e abrigos, sendo que os ambulatórios de especialidades são encontrados tanto no município, quando em cidades vizinhas como dermatologia e endocrinologia, as outras são encontradas no próprio município.

O município tem um hospital chamado Santa Casa, onde são atendidos os casos mais complexos, principalmente de pronto atendimento, unidade de cirurgia ambulatorial. A terapia intensiva e centro cirúrgico são atendidos em uma cidade maior vizinha, Lavras.

O Sistema de Apoio é, também, um sistema bem desenvolvido na cidade. Exames laboratoriais, radiografias, patologia clínica, farmácia do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo variedade farmacológica, local para armazenamento e dispensa da medicação, e os sistemas de informação são da própria cidade e com qualidade. Já exames de imagens mais complexos, como tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética e endoscopia são realizados nas cidades vizinhas (BOM SUCESSO, 2019).

O Sistema Logístico, também é outro sistema bem desenvolvido, sempre que possível o transporte está disponível para os pacientes realizarem exames e consultas fora do domicílio; além disso, os prontuários são digitais e pelo E-SUS, todos os pacientes têm disponível o Cartão Nacional do SUS. O município conta também com o controle de tudo que o paciente tem na atenção, como: exames solicitados, consultas com especialidades, quantas consultas foram realizadas na atenção básica, entre outras (BOM SUCESSO, 2019).

A referência é realizada por meio de encaminhamentos no qual o outro profissional tem uma breve história do paciente encaminhado, mas nem sempre acontece a contrarreferência do que foi realizado e sobre o acompanhamento em outro sistema.

Toda a comunicação entre todos os sistemas e redes é realizada pelo sistema de logística, no qual tem o controle de todas as consultas, exames, transporte e outros meios. Tem-se o objetivo de melhoria de saúde para todos da população e um

melhor e mais fácil acesso à saúde, além de fazer a prevenção e promoção da saúde para melhorar a qualidade de vida da população.

### 1.3 Aspectos da comunidade

Bom sucesso tem a área rural bem maior do que a área urbana. De acordo com dados da Equipe de Saúde da Família (eSF) Rural, juntando as três comunidades grandes que atendemos, abrange cerca de 2.000 pessoas. A atividade rural é predominante, cerca de 70% do trabalho é ruralizado, como: retirada de leite, colheita de café, plantações, alimentação de gado, entre outros.

Devido a se manterem ativos até ficarem mais velhos, sinto que a população é mais simples, as pessoas não se queixam muito das coisas e são mais resistentes a procurar atendimento porque estão sempre ocupados com o trabalho e têm menos tempo para pensar em doenças.

Todas as casas por mais simples que sejam, são consideradas regulares pelo IBGE (2020). São casas pequenas, a maioria perto uma da outra como em comunidade, são feitas de barro e madeira, com fogão a lenha, um ou dois cômodos, algumas sem energia elétrica, outras com móveis improvisados; água é recolhida em poço e não tem rede de tratamento de esgoto. O analfabetismo é predominante na área rural, sendo cerca de 60%, aumentando a estatística na população acima de 50 anos (BOM SUCESSO, 2019). Todas as três grandes áreas têm escola, igreja e centro de saúde. Não tem asilo nas regiões, os idosos são cuidados por familiares ou vizinhos, além de terem certa resistência para saírem das suas moradias. A maioria da população é ruralizada e religiosa.

### 1.4 A Unidade Básica de Saúde Rural

A Unidade Básica de Saúde “Rural” foi inaugurada há cerca de 14 anos e passou por reforma e mudanças há 5 anos, abrange três localidades (Policlínica, Bananal e Machados). Todas as unidades foram estruturadas pela Prefeitura e Secretaria de Saúde com a finalidade de unidade de saúde.

A unidade mais central contém dois banheiros, dois consultórios médicos, um consultório ginecológico, um consultório odontológico, uma sala de vacina, uma sala

de curativos, uma sala administrativa, uma sala para reunião dos agentes comunitários de saúde, uma sala de triagem/enfermagem, uma recepção e uma copa. Já a unidade dos Machados contém uma recepção, uma sala de triagem, uma sala da enfermagem com banheiro, um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de vacina, uma sala de curativo, um banheiro, uma sala de reunião dos agentes comunitários de saúde e uma copa. O mais simples é a Unidade do Bananal que é composta por uma recepção junto com a área de triagem, um consultório odontológico, uma sala de vacina, um consultório médico, uma sala de enfermagem/curativo com banheiro, mas atende à população.

Todas as unidades são bem equipadas e tem os recursos básicos e necessários para o trabalho da equipe, incluindo computadores, mesas, cadeiras, macas, armários para armazenamento de documentos e prontuários, prateleiras e bancos na recepção. Atendemos em toda a região cerca de 2.000 pacientes.

Realizamos as reuniões e grupos operacionais na unidade dos Machados, na policlínica e na escola do Bananal. Sempre na recepção ou em sala de reuniões. O que acaba que são bem frequentadas por pacientes e profissionais.

### 1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Rural

A equipe de saúde é composta por vários profissionais de várias áreas. Temos uma médica, que iniciou na ESF há 5 meses; uma enfermeira que iniciou suas atividades nesta unidade há 3 anos, mas anteriormente trabalhou em várias unidades no município; sete agentes comunitários de saúde (ACS) que tiveram início de 5 a 14 anos na unidade; dois técnicos de enfermagem, uma que teve início há 5 anos, outro que entrou na unidade há 1 mês e trabalhava anteriormente no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); duas auxiliares de serviços gerais, uma na unidade da policlínica, que já trabalha na unidade há 2 anos, antes atuava na área da educação e a outra trabalha na unidade dos Machados e atua há 4 anos; um cirurgião dentista que atua há 3 anos em todas unidades do Rural, acompanhado da auxiliar de saúde bucal (ASB) que atua há 2 anos com ele.

Todos em conjunto trabalham para o melhor atendimento dos pacientes da área rural. A médica trabalha na área dos atendimentos, realiza visitas domiciliares, além

de ajudar e palestrar em grupos operativos e reuniões. A enfermeira realiza a triagem das unidades mais distantes, realiza procedimentos e vacinas, administra a unidade, além de ser o suporte de toda a equipe. Os técnicos de enfermagem ajudam na triagem para o atendimento do médico da saúde da família, além de triar todos os pacientes das especialidades, realizar trocar de curativos, realizam vacinas e ajudar na parte da assistência. Os ACS realizam as visitas mensais dos pacientes e repassam as situações para a equipe, ajudam na assistência, distribuem exames a serem realizados, organizam as agendas e prontuários, além de estarem atentos a todos os movimentos dos pacientes, como internações, atendimentos médicos no município e fora do município. O cirurgião dentista e a ASB realizam todo o tratamento bucal disponível pelo SUS, muitas vezes em conjunto com o atendimento médico, realizam as visitas domiciliares e ajudam em palestras.

#### 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Rural

A UBS “Rural” é dividida em três grandes áreas e três locais de atendimentos diferentes. Todos funcionam de 7h às 16h, e para ajudar em toda a atividade de assistência, como na recepção, lançar pacientes no sistema, procurar prontuários, organizar a agenda, os ACS se revezam durante a semana. Sempre tem na unidade central, enfermeiro ou técnico de enfermagem, médico e dois ACS. Nas outras duas unidades mais distantes sempre têm um ou três ACS, e quando tem atendimento, se deslocam médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem. A demanda espontânea não é muito procurada, porque por mais que a unidade seja central em cada grande área, ela acaba sendo distante de muitas moradias, então os atendimentos agendados são mais eficazes para o grande deslocamento e certeza do atendimento. Os pacientes dependem muito de horário de transporte público o que consolida o atendimento em alguns horários, por exemplo: o transporte público chega às 9h na área urbana e retorna novamente às 14h, logo todos os pacientes dessa região têm que ser atendidos nesse período.

#### 1.7 O dia a dia da equipe Rural

Cada dia da semana da Unidade Rural é diferente. Nas segundas e terças-feiras conseguimos focar o atendimento em quase todo o tempo em demanda espontânea (já que nesses dias é atendida a população próxima à área urbana), juntamente com

o acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Já nas quartas e quintas-feiras como deslocamos os atendimentos para as outras duas unidades (Bananal e Machados) o atendimento (tanto médico quanto odontológico) é mais consultas agendadas e acompanhamentos de diabéticos e hipertensos. Uma ou duas vezes por mês fazemos promoção a saúde, grupos operativos e reuniões.

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

Os principais problemas de saúde em que podemos observar na nossa área de atuação foram pacientes hipertensos (principalmente sem acompanhamento), além de suas complicações, diabéticos, problemas pulmonares (devido à grande quantidade de fogueira à lenha e intenso tabagismo) e tumores malignos de boca, pescoço e laringe, e também doenças decorrentes de saneamento básico precário.

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

**Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde Rural, município de Bom Sucesso, estado de Minas Gerais.**

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Complicações em pacientes hipertensos	Alta	8	Parcial	1
Doenças pulmonares	Alta	6	Parcial	2
Hipertensos	Média	5	Parcial	3
Diabéticos	Média	5	Parcial	4
Tumores malignos	Média	3	Fora	5
Doenças decorrentes de saneamento básico precário	Média	3	Fora	6

Fonte: Autoria própria.

\*Alta, média ou baixa

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

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenados considerando os três itens

## 2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença muito comum nos dias de hoje, sendo que os idosos são os mais afetados. Cerca de 60% dos idosos que vivem em capitais brasileiras tem diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Por ser uma doença tão comum, principalmente em idosos e na área rural a sobrevida é mais alta, foi escolhido para discussão e aprofundamento do conhecimento o tema das complicações da população portadora de HAS. Importante também ressaltar que a HAS é uma doença chamada de silenciosa, por não apresentar muitos sinais ou sintomas, sendo assim ela pode se complicar sem mesmo que o paciente saiba que tem a doença (BRASIL, 2013). Esse foi um ponto importante para a nossa escolha do tema, já que algumas vezes quando diagnosticamos um paciente hipertenso, ele nos questiona e informa que não sente nada, e necessita de uma confirmação do que estamos falando com uma explicação bem detalhada e exemplificada.

Nesse plano de intervenção observamos o quanto pessoas que poderiam evitar e acompanhar a saúde, no caso da HAS, e não o fazem. Dessa forma, acabam que por falta de orientação e controle da pressão arterial (PA), passam por situações/complicações que diminuem consideravelmente a qualidade de vida do paciente e, algumas vezes, dos familiares. Como estamos em uma UBS devemos prevenir as doenças e promover a saúde, gerando mais saúde para a população e focando os custos da saúde na prevenção e não na manutenção da doença.

Dessa forma temos uma proposta de intervenção global, que ajuda e melhora a qualidade de vida dos pacientes e, de certa forma, dos familiares, reduzindo os custos da manutenção da doença e assim redirecionando esses custos para prevenção das doenças, abrangendo assim um número maior de pessoas.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Apresentar um projeto de intervenção para melhoria da abordagem e do tratamento de HAS para conseqüente redução das complicações das doenças nos pacientes das comunidades atendidas pela Equipe Rural, em Bom Sucesso, Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Propor processo de educação permanente para a equipe visando conhecimento mais abrangente em tratamento e complicações de HAS.

Orientar os usuários sobre os riscos da HAS por meio de ações educativas e aferição frequente da PA.

#### 4 METODOLOGIA

O plano de intervenção foi norteado pelos passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES): identificação dos problemas, definição do problema prioritário (complicações da HAS), definição e explicação do problema priorizado, seleção dos nós críticos e desenho das ações para enfrentar o problema (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). Para a identificação dos problemas na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família o Rural, primeiro passo do PES, foi utilizado o método de estimativa rápida, além de observações no cotidiano da equipe.

Para subsidiar o conteúdo teórico sobre o tema, foram consultados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação Saúde Coletiva (NESCON), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias e outros.), dados da unidade, informações dadas por pacientes e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica.

Na busca bibliográfica foram utilizados os descritores em ciências da saúde: Hipertensão, Fatores de Risco, Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde.

Para elaborar o texto foram seguidas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), as orientações do módulo de Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2018) e o Modelo atualizado de trabalho de conclusão de curso (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2019).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

De acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (MALACHIAS *et al.*, 2016), hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença proveniente de vários fatores, tanto genéticos e metabólicos, quanto ambientais e funcionais, que acarretam uma elevação sustentada do nível pressórico, mantendo-se igual ou acima de 140 e/ou 90 mmHg. Os principais fatores que são mais correlacionados com a HAS são: idade, sexo, etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, fatores socioeconômicos e a genética.

A pressão arterial (PA) é classificada de acordo com os valores da PA sistólica e da PA diastólica, conforme mostra o quadro 2.

#### Quadro 2 - Classificação da Pressão Arterial

Classificação de PA	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão – Estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão – Estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão – Estágio 3	>180	>110
Hipertensão Sistólica Isolada	>140	<90

Fonte: Malachias *et al.* (2016).

No Brasil, a HAS atinge 36 milhões de pessoas adultas e mais de 60% dos idosos, estando diretamente relacionada com suas complicações, como doenças cardiovasculares (DCV), doenças renais e AVE, contribuindo assim para 50% das mortes por DCV (MALACHIAS *et al.*, 2017).

A alta morbimortalidade associada à HAS, conforme reforçam Lima e Almeida (2014, p.867), é explicada por ser, com frequência, responsável pela “ocorrência de inúmeras complicações cardiovasculares, que podem em algum momento ocorrer e trazer algum tipo de incapacidade, temporária e/ou permanente, prejudicando e

comprometendo a vida e a saúde das pessoas”. Estas complicações geralmente são decorrentes de um controle insatisfatório dos níveis pressóricos em consequência da não adesão ao tratamento, tendendo a se tornarem crônicas e incapacitantes, apresentando sequelas no indivíduo por toda a vida, além de custos médico e social elevados (LIMA; ALMEIDA, 2014; GEWEHR *et al.*, 2018).

Segundo Moraes e Tamaki (2007), a normalização dos valores pressóricos do paciente envolve vários tipos de mudança, mas o que mais parece ser eficaz é a mudança do estilo de vida do paciente, visando diminuir os fatores de riscos. Podendo-se dizer que todos os pacientes, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), devem iniciar o tratamento com medidas higiênico-dietéticas e só iniciar o tratamento medicamentoso após um período com essas medidas e elas se mostrando ineficazes.

## 5.2 Abordagem da Hipertensão Arterial Sistêmica na atenção básica à saúde

Santos, Romano e Engstrom (2018, p.4) destacam a importância da interação interpessoal e da construção do vínculo usuário/serviço de saúde, salientando que “o vínculo é um constructo de natureza complexa e sistêmica”, que repercute na dinâmica do processo de trabalho da equipe e na satisfação da comunidade atendida.

A equipe de saúde, principalmente a da atenção básica à saúde (ABS), é o suporte do paciente nesse momento; é ela que desempenha o papel fundamental de ajudar e incentivar as mudanças positivas dos pacientes para fazer com que ele alcance seus objetivos. Podendo ser feito de várias maneiras, como grupos educativos com a troca de experiências, consultas personalizadas, o incentivo e motivação da equipe o estímulo positivo e o controle periódico desse paciente.

Para Secco, Paraboni e Arpini (2017), o trabalho com grupos de hipertensos possibilita a troca do conhecimento e da vivência da doença e os esclarecimentos das dúvidas de forma compartilhada, portanto é necessário que o profissional de saúde reconheça o grupo como o encontro do cuidado que facilita a expressão da criatividade, a reflexão e o diálogo. O grupo é uma prática educativa e preventiva cada vez mais utilizada na ABS e, portanto é necessário que o profissional de saúde

se prepare para que o mesmo seja utilizado como um instrumento onde sejam valorizados os conhecimentos e experiências prévios desenvolvendo o empoderamento e a autonomia dos usuários envolvendo-os na proposta terapêutica da equipe, com maior adesão ao tratamento anti-hipertensivo (MENEZES; AVELINO, 2016; VINCHA; SANTOS; CERVATO-MANCUSO, 2017).

A educação em saúde “promove mudanças de estilo de vida, possível pela reflexão acerca da doença e busca de um caminho terapêutico adequado ao cotidiano do usuário, o que pode favorecer sua autonomia e a capacidade de cuidar de si” (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014, p.336).

Um dos maiores problemas vividos pelos hipertensos é a adesão ao tratamento. A HAS é uma doença que chamamos de silenciosa, ou seja, ela na maioria das vezes é assintomática, e os pacientes não acreditam ter uma doença que não traz nenhum sintoma e/ou nenhum sinal que os faça procurar atendimento para serem tratados. Dessa forma, os pacientes ficam bem relutantes em iniciar um tratamento, mesmo que com medidas higiênico-dietéticas, e questionam sobre o tratamento medicamentos para uma doença assintomática.

Mesmo com todo esse problema de adesão ao tratamento, a eSF, da qual faço parte, usa de todos os mecanismos possíveis para melhor adesão, sendo que o que tem dado melhor resultado são as ações educativas, como grupos operacionais, e a ênfase nas complicações da HAS. Inicialmente os pacientes questionam muito sobre a doença e o que uma medida higiênico-dietética mudaria no decorrer da doença, então enfatizamos as complicações mais comuns como DCV, doenças renais e AVE para que entendam que a HAS em longo prazo é nosso maior desafio (GEWEHR *et al.*, 2018; BUCHARLES *et al.*, 2019).

Enfatizamos sempre a conversa e o esclarecimento de dúvidas. As maiores dúvidas são sobre as complicações. Deixamos explícito o quanto a HAS sobrecarrega os rins e pode levar a danos irreversíveis se não for controlada a PA, nessa mesma linha enfatizamos a sobrecarga do coração e a força que a PA gera nele, fazendo com que ele se remodele e seja menos funcional em longo prazo e também sobre a força que o sangue chega ao cérebro e faz com que lesione alguma artéria. Ao explicar

essas complicações os pacientes veem a importância do tratamento da HAS e a necessidade de melhorar e se enforçar cada dia mais.

Neste sentido, Dantas e Roncalli (2019, p.303) reforçam que o “controle dos níveis pressóricos é um fator imprescindível para melhora nos indicadores de saúde no tocante a internações e ocorrência de complicações decorrentes da hipertensão”, e exige cada vez mais a adoção de estratégias para este fim.

É preciso pensar também na educação permanente da equipe de saúde para a definição de estratégias e ações voltadas para a prevenção das complicações da HAS. Os profissionais devem estar capacitados para a abordagem às pessoas que apresentam esta condição, de forma a contribuir para uma melhora da qualidade de vida dos hipertensos (FERREIRA *et al.*, 2019).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Este plano de intervenção refere-se ao problema priorizado “complicações em pacientes hipertensos”, para o qual se registram a seguir descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo) e desenho das operações sobre cada “nó crítico” (6º a 10º passo) (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

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

Um dos fatores que realmente chamou a atenção de todos da equipe foi a quantidade de complicações de hipertensos e, principalmente, hipertensos que não controlavam a PA e não cuidavam da saúde. Então resolvemos tentar, mais uma vez, dar a oportunidade e fazer um “programa” para aquelas pessoas que não cuidam da saúde, ou por falta de tempo, falta de interesse, falta de conhecimento, dando um foco maior nos hipertensos. Já que algumas das complicações são incapacitantes. Por exemplo, pessoas que sofreram um Acidente Vascular Encefálico (AVE) dependendo da extensão e da gravidade, a sequela impede a pessoa de andar, comer, tomar banho, ter sua vida independente, já o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) pode levar a dificuldade de andar longas distâncias ou de não poder passar por nenhum estresse, além de poder levar a morte súbita. O aneurisma dependendo da complexidade também pode levar à morte rápida, mas a Insuficiência Renal Crônica (IRC) é um processo degradante que vai desgastando as pessoas aos poucos, com a diminuição do funcionamento dos rins, muitas vezes chegando a realizar hemodiálise semanalmente ou até mesmo transplante renal.

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

O problema selecionado, como já mencionado anteriormente, foram as complicações em pacientes hipertensos, focando principalmente em pacientes que não controlam a PA ou que não cuidam da saúde no geral. Dessa forma, compreendemos que, de certa forma, se oferecer uma estrutura e um conhecimento maior sobre a PA alterada, assim como suas complicações, os pacientes estarão mais interessados em melhorar e cuidar da sua saúde, assim como procurar atendimento precocemente.

Como citado anteriormente as principais causas, ou seja, principais pontos que podemos modificar para realizar nossa intervenção são ausência do controle da PA, hábitos de vida inadequados, falta de informação, falta de tempo para cuidar da saúde e também falta dos conhecimentos das complicações ou não saber identificar uma complicação.

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

Os principais “nós críticos” selecionados são:

- Ausência do controle de PA
- Carência da população quanto às informações necessárias para melhora de vida
- Pouca disponibilidade da equipe para esclarecer dúvidas/realizar consultas fora do padrão
- Dificuldade de acesso de parte da população ao atendimento devido à falta de tempo

Portanto, resolvemos tentar intervir na forma do conhecimento, além da disponibilidade dos integrantes da equipe para realizarmos reuniões, além de uma possível mudança no horário de atendimento esporadicamente para conseguir atender todos os pacientes que muitas vezes trabalham fora do horário de funcionamento da UBS e não conseguem ir às consultas. Quanto mais informações os pacientes receberem, mais eles se sentirão preparados e confortáveis para procurar um atendimento de urgência com agilidade e com confiança de que realmente tem algo acontecendo, mesmo sabendo que a HAS é uma doença “silenciosa”, sem sintomas muito aparentes.

### 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 passos)

Os quadros 3 a 6 mostram o desenho das operações para cada “nó crítico”, o projeto, resultados esperados, produtos esperados, recursos necessários e críticos para a concretização das operações e a gestão das ações.

**Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Complicações em pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rural, do município Bom Sucesso, estado de Minas Gerais**

Nó crítico 1	Ausência do controle de PA
6º passo: operações	Estabelecer metas de controle da PA e sensibilizar os pacientes a cumprirem-nas.  Realizar grupos operacionais maiores nos quais as próprias experiências dos pacientes possam estimular outros pacientes, tanto na mudança de hábitos alimentares, quanto na mudança do estilo de vida e atividade física.
6º passo: projeto	Motivação para saúde
6º passo: resultados esperados	Fazer com que 80% dos hipertensos compareçam às consultas frequentemente
6º passo: produtos esperados	Controle da PA
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: elaboração de um projeto de cuidado e protocolo Político: ajudar com que o protocolo seja eficaz
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: disponibilizar meio de transporte para os pacientes chegarem até a unidade de saúde
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médica juntamente com o enfermeiro elabora um projeto de cuidado e protocolo. Os ACS realizam a cobrança da marcação de exames e de estimulação dos pacientes, além de agendar as consultas no tempo necessário. A equipe controla o recurso
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Coordenação da UBS e a equipe Rural.  Prazo para início: três meses e finalização dois anos, mas manter após os dois anos.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento será feito com o controle da PA dos pacientes; utilizar um instrumento para registro. Caso não haja melhora, imediata, realizamos redução do intervalo entre as consultas de controle.

Fonte: Autoria própria (2019).

**Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Complicações em pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rural, do município Bom Sucesso, estado de Minas Gerais**

Nó crítico 2	Carência da população quanto às informações necessárias para melhora de vida
6º passo: operações	Orientar os pacientes no que eles podem realizar sem ser medicação para a melhora da PA. Esclarecer a comunidade sobre a HAS, como controla-la e como evitar as complicações: mudança de hábitos, dieta adequada.
6º passo: projeto	Hábitos de vidas de um hipertenso
6º passo: resultados esperados	Fazer com que 70% dos hipertensos mudem os hábitos de vida
6º passo: produtos esperados	Início de atividade física e melhora da alimentação
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Projetos mensais sobre o estilo de vida de um hipertenso Político: ajudar a promover os encontros
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: disponibilizar meio de transporte para os pacientes chegarem até a unidade de saúde
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médico e enfermeiro orientam os pacientes sobre hábitos de vida. Os ACS realizam a estimulação dos pacientes, além de cobrar as mudanças de hábitos.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Equipe UBS. Prazo para início: três meses e finalização um ano, mas manter por tempo indefinido.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento será feito com o controle da PA dos pacientes, além das conversas e discussões sobre os hábitos que estão sendo mudados e troca de informações entre os pacientes. Caso não haja melhora, imediata, realizamos um trabalho em conjunto, “dia da caminhada”.

Fonte: Autoria própria (2019).

**Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Complicações em pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rural, do município Bom Sucesso, estado de Minas Gerais**

Nó crítico 3	Pouca disponibilidade da equipe para esclarecer dúvidas
6º passo: operação (operações)	Orientar os pacientes que temos toda uma equipe para esclarecer suas dúvidas, seja sobre medicação, seja sobre hábitos de vida, e acompanhamento/consulta médica, sempre que estiver com dúvidas ou queixas.  Disponibilizar equipe para a retirada de dúvidas/realizar consultas fora do padrão
6º passo: projeto	Não leve dúvida para casa
6º passo: resultados esperados	Fazer com que 90% dos hipertensos sintam-se acolhidos e possam contar com a disponibilidade da UBS
6º passo: produtos esperados	Melhora da relação com os pacientes
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Atendimento das dúvidas dos pacientes
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: disponibilizar meio de transporte para os pacientes chegarem até a unidade de saúde
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Equipe UBS bem orientada para sanar as dúvidas dos pacientes e caso necessário marcação de conversa/consulta com o médico.  Ser o mais claro possível com o paciente em que estamos querendo que ele viva com saúde e qualidade de vida e que toda a equipe da UBS está ali trabalhando para isso acontecer, nos disponibilizando para qualquer situação (podendo até mesmo ser realizado com maior frequência grupos operativos).
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Equipe UBS. Prazo para início: dois meses e finalização um ano.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento e avaliação serão realizados pela própria equipe de saúde que realizará reuniões mensais que esclarecerão dúvidas dos próprios funcionários da equipe, além de melhorar cada vez mais o atendimento e a relação com os pacientes fazendo com que eles se sintam mais seguros e mais esclarecidos.

Fonte: Autoria própria (2019).

**Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Complicações em pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rural, do município Bom Sucesso, estado de Minas Gerais**

Nó crítico 4	Dificuldade de acesso de parte da população ao atendimento devido à falta de tempo
6º passo: operação	Abrir a UBS uma vez por mês em um horário após o expediente
6º passo: projeto	Horário extra
6º passo: resultados esperados	Fazer com que 30% a mais dos hipertensos possam consultar
6º passo: produtos esperados	Atendimento em horário estendido
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Disponibilidade para realizar um atendimento em outro horário
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: permitir a abertura da UBS
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Político: disponibilizar meio de transporte para os pacientes chegarem até a unidade de saúde e equipamentos e segurança para a abertura em outro período
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Equipe da UBS se disponibiliza para realizar esse serviço fora do horário habitual Prazo para início: um mês e finalização um ano.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento será feito pela Equipe juntamente com a Coordenação e Secretaria de Saúde através do número de pacientes que compareceram e através da melhora do controle dos hipertensos da UBS.

Fonte: Autoria própria (2019).

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esse trabalho foi desenvolvido para melhorar a qualidade de vida e diminuir complicações para os pacientes hipertensos, já que hipertensão é uma doença que muitas vezes é difícil prevenir seu aparecimento. Será um trabalho muito benéfico para todos os pacientes que tiveram o resultado esperado e terão uma vida mais regrada e mais saudável.

Para todos nós da equipe e da gestão, foi extremamente gratificante poder reconhecer as falhas da nossa unidade, melhorar nosso atendimento tanto como profissionais de saúde, quanto pessoas, podendo ajudar cada vez mais as pessoas e poder fazer com que elas se ajudem e estejam bem orientadas para se sentirem cada vez melhor.

Esperamos poder ajudar cada vez mais as pessoas de forma tanto individualizada como em grupo, para que as pessoas tenham qualidade de vida para viver por um tempo maior e conseguindo ter um estilo de vida saudável e com o mínimo de interferência de comorbidades do dia a dia.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. A.. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.101, p.328-337, Abr-Jun, 2014.

BOM SUCESSO. Secretaria Municipal de Saúde. 2019. Informação Oral.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BUCHARLES, S. G. E. *et al.*. Hipertensão em pacientes em diálise: diagnóstico, mecanismos e tratamento. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v.41, n.3, p.400-411, set. 2019.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: trabalho de conclusão de curso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. 77p.

DANTAS, R. C. O.; RONCALLI, A. G.. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.295-306, jan. 2019.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. 97 p.

FERREIRA, L. *et al.*. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.43, n.120, p.223-239, mar. 2019.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Cidades Minas Gerais: **Bom Sucesso**. 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/bom-sucesso/panorama>>. Acesso em: 26 nov. 2019.

LIMA, S. K.; ALMEIDA, A. M.. O conhecimento de feirantes sobre a hipertensão arterial e suas complicações. **Rev. baiana saúde pública**, v.38, n.4, p.865-881, out./dez. 2014.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.*. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**. v.107, n. (3Supl.3), p. 1-83, 2016.

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R.. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cad. Saúde Colet.**, v. 24, n,1, p.124-130, 2016.

MORAES, C. S.; TAMAKI, E. M. Adesão as medidas de controle da Hipertensão arterial sistêmica: O comportamento do hipertenso. **Cogitare Enfermagem**, v.12, n.2, p.550-555, nov. 2007. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/11051>>. Acesso em: 12 ago. 2020

SANTOS, R. O. M.; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E. M.. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, e280206, 2018.

SECCO, A. C.; PARABONI, P.; ARPINI, D. M.. Os Grupos como dispositivo de cuidado na AB para o trabalho com pacientes portadores de Diabetes e Hipertensão. **Mudanças**, v.25, n.1, p.9-15, jan.-jun. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. **Modelo atualizado de trabalho de conclusão de curso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2019. 27p.

VINCHA, K. R. R.; SANTOS, A. F.; CERVATO-MANCUSO, A. M.. Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências. **Saúde debate**, v.41, n.114, p.949-962, Sept. 2017.