

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

Itamar Moreira Couto Neto

**PLANO DE INTERVENÇÃO VISANDO AMPLIAR OS CUIDADOS AO GRANDE
NÚMERO DE HIPERTENSOS DESCOMPENSADOS DE UMA UNIDADE SAÚDE
DA FAMÍLIA DE PONTE NOVA - MINAS GERAIS**

Belo Horizonte -

2020

Itamar Moreira Couto Neto

**PLANO DE INTERVENÇÃO VISANDO AMPLIAR OS CUIDADOS AO GRANDE
NÚMERO DE HIPERTENSOS DESCOMPENSADOS DE UMA UNIDADE SAÚDE
DA FAMÍLIA DE PONTE NOVA - 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 Dolores Soares
Madureira

Belo Horizonte - Minas Gerais

2020

Itamar Moreira Couto Neto

**PLANO DE INTERVENÇÃO VISANDO AMPLIAR OS CUIDADOS AO GRANDE
NÚMERO DE HIPERTENSOS DESCOMPENSADOS DE UMA UNIDADE SAÚDE
DA FAMÍLIA DE PONTE NOVA - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora Maria Dolôres Soares Madureira

Banca examinadora

Professora Ms Maria Dolôres Soares Madureira - Mestre - UFMG

Professora Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 06 de abril de 2020

Dedico esse trabalho a Deus pelo amor incondicional, à minha família pelo apoio e crédito aos meus objetivos e aos demais que me deram condições de construir caráter e conhecimento para benefício da saúde aos que me são responsabilizados.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha tutora Ayla Norma F. Matos e à orientadora Maria Dolôres Soares Madureira pela disponibilidade e capacidade em auxiliarem-me na construção desse projeto, à equipe de Saúde da Família em que atuo e aos demais que concederam esse enriquecimento profissional.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica multifatorial de alta prevalência e altas taxas de pacientes descompensados. Pertence ao grupo de doenças cardiovasculares responsáveis por grandes índices de mortalidade e agravos a qualidade de vida. Condição eleita como problema prioritário após a realização do diagnóstico situacional no território de atuação da equipe de saúde. Portanto, este trabalho objetiva propor um projeto de intervenção para controle e adesão dos hipertensos da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família 2 do bairro Triângulo no município de Ponte Nova, em Minas Gerais. Foi elaborado o plano de intervenção com base no Planejamento Estratégico Situacional e em pesquisas no acervo virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, da Biblioteca Virtual em Saúde e *Scientific Electronic Library Online*, utilizando-se descritores em ciências da saúde. Espera-se, com a implantação das ações propostas, reduzir o grande número de pacientes hipertensos descompensados da comunidade por meio da reorganização da abordagem a esse grupo, da promoção de atividades educativas além de incentivo a adoção de hábitos de vida saudáveis.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is a multifactorial clinical condition of high prevalence and high rates of decompensated patients. It belongs to the group of cardiovascular diseases responsible for high mortality rates and health quality of life. Condition elected as a priority problem after performing the situational diagnosis in the health team's operating territory. Therefore, this paper aims to propose an intervention project for the control and adherence of hypertensive patients from the community assigned to the Family Health Team 2 of the Triângulo neighborhood in the municipality of Ponte Nova in Minas Gerais. The research-based intervention plan was elaborated based on situational strategic planning and research in the virtual collection of the Collective Health Education Center, the Virtual Health Library and the Scientific Electronic Library Online, using descriptors in health sciences. The implementation of the proposed actions is expected to reduce the large number of decompensated hypertensive patients in the community by reorganizing the approach to this group, promoting educational activities and encouraging the adoption of healthy lifestyle habits.

Keywords: Primary Health Care. Hypertension. Health Planning.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde II, Unidade Básica de Saúde Sette de Barros, município de Ponte Nova, estado de Minas Gerais.	19
Tabela 1- Prevalência de HA de acordo com diferentes métodos de abordagem.	25
Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “alto índice de pacientes hipertensos descompensados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família II UBS Sette de Barros, do município de Ponte Nova , estado de Minas Gerais..	33
Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “alto índice de pacientes hipertensos descompensados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família II UBS Sette de Barros, do município de Ponte Nova , estado de Minas Gerais.	34
Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “alto índice de pacientes hipertensos descompensados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família II UBS Sette de Barros, do município de Ponte Nova , estado de Minas Gerais.	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CISAMAPI	Consórcio intermunicipal de saúde da Microrregião do Vale do Piranga
DMAES	Departamento Municipal de Água, Esgoto e Saneamento
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HNSD	Hospital Nossa Senhora das Dores
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
PA	Pressão Arterial
SAE	Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAMMDU	Serviço de Assistência Médica Municipal de Urgência
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município	11
1.2 Aspectos da comunidade	12
1.3 O sistema municipal de saúde	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde Sette De Barros II	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família II, da Unidade Básica de Saúde Sette de Barros	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Sette de Barros	15
1.7 O dia a dia da equipe II Sette de Barros	17
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)	18
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo geral	21
3.2 Objetivos específicos	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
5.1 Atenção Primária da Saúde	23
5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica	24
5.3 Adesão ao tratamento	26
5.4 Ações educativas no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica	27
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	30
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	30
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	30
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	31
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Ponte Nova é um município do estado de Minas Gerais, localizado na mesorregião da Zona da Mata e distante 170 km da capital do Estado; sua população estimada para 2019 é de 59.742 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE) (BRASIL, 2019).

Desde seus primórdios a agricultura e o comércio constituem as principais ocupações dos habitantes. As grandes fazendas se estabeleceram e com elas veio “o grande ciclo da cana-de-açúcar”, marcado pela instalação de usinas de beneficiamento dessa matéria prima. Atualmente a cidade busca novos caminhos de desenvolvimento. A suinocultura, muito desenvolvida na região, deu origem a dois grandes frigoríficos. Outro setor importante para geração de renda e empregos é o comércio atacadista de armarinhos que distribui produtos por todo o país. Mesmo com desenvolvimento da economia a taxa de desemprego ainda é significativa e, somada a falta de planejamento público de instalações de moradia, torna-se um problema socioeconômico e na saúde. No setor de serviços destaca-se a saúde, com vultosos investimentos em modernização tecnológica e o município também sedia a Região Administrativa do Vale do Piranga. A atividade política partidária não é polarizada entre grupos políticos nas últimas eleições, acredito, pelo descrédito que as gestões municipais têm trazido durante seu tempo de governo. Apesar de vermos diferentes forças políticas nos últimos anos, todas elas são sustentadas por duas ou três lideranças financeiras locais que detém interesses econômicos e políticos próprios (COTA, 2019).

A cidade, como várias cidades interioranas de Minas Gerais, tem uma importante cultura religiosa com festas católicas tradicionais principalmente nos meses de junho e julho. Nas duas últimas décadas tem se destacado o crescimento de igrejas evangélicas. Na área da educação podemos destacar a expansão de faculdades de ensino superior, especialmente uma que oferta cursos na área de saúde.

Na área da saúde, a cidade é sede da microrregião, sendo referência para consultas médicas especializadas, exames de imagem e assistência hospitalar de média e alta complexidade. O sistema de atenção terciário à saúde é sobrecarregado já que os

municípios vizinhos não possuem infraestrutura para tal. Há mais de 15 anos o município adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) para reorganização da atenção básica e hoje conta com 15 equipes na zona urbana e três equipes na zona rural. Um problema é a grande rotatividade dos profissionais de saúde com ensino superior já que a remuneração é, em média, inferior ao do setor privado de saúde.

1.2 Aspectos da comunidade

O bairro Triângulo localiza-se na periferia do município de Ponte Nova às margens do rio Piranga e era constituído em 2010 por uma população de aproximadamente 4.985 habitantes (BRASIL, 2019). Formou-se a partir do desenvolvimento econômico e crescimento da população do município, principalmente á partir da década de 1940. Em busca de um território próximo a zona central e que ofertasse um custo de moradia mais barato, consolidou-se o desenvolvimento habitacional do bairro.

Com o passar dos anos e devido à oferta de território de maior proporção, uma grande empresa atacadista instalou sua estrutura assim como a rodoviária nova da cidade, a câmara municipal e o ambulatório regional de especialidades médicas. Geograficamente, o bairro, na sua região central, tem topografia plana coincidindo com as margens do rio Piranga recebendo o comércio de bairro, uma grande empresa varejista e atacadista, algumas pequenas empresas de profissionais liberais e uma escola municipal como destaques. As moradias dos habitantes predominam nos dois morros, um de cada lado da avenida principal, formadas de forma desorganizada e, por vezes, desprovidas de esgotamento sanitário e de estrutura física não planejada por um profissional, o que denominamos de favela. Devido a tal estruturação, o bairro sofre periodicamente com as enchentes do rio e, assim como outros pontos da cidade, com a criminalidade, tráfico de drogas e desemprego. A coleta de lixo acontece em todo bairro e é realizada pelo Departamento Municipal de Água, Esgoto e Saneamento (DMAES) em horários pré-determinados.

Com relação ao apoio educacional o bairro conta com 12 escolas de educação básica, uma creche e um centro de cursos técnicos profissionalizantes. Também possui um clube poliesportivo de lazer, uma casa de idosos e conta com uma associação local dos moradores do bairro que atua nas políticas de intervenção na

comunidade (Associação dos Moradores do Bairro Triângulo Novo). A comunidade, em 2014, ganhou uma nova unidade básica de saúde (UBS) com boa estrutura física onde atuam duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), uma equipe de saúde bucal e atendimento multiprofissional. Destaco também, na área da saúde, o Consórcio intermunicipal de saúde da Microrregião do Vale do Piranga (CISAMAPI) que oferta assistência ambulatorial de especialidades médicas, o Serviço de Assistência Médica Municipal de Urgência (SAMNDU) oferecendo apoio às urgências de saúde e a Farmácia Integrada de Minas, todos instalados no bairro.

1.3 O sistema municipal de saúde

O sistema municipal de saúde é constituído de uma extensa rede de serviços de saúde compreendendo serviços de atenção básica, secundária e terciária. A atenção básica é formada por 18 unidades básicas de saúde, sendo algumas delas constituídas por mais de uma equipe de Saúde da Família como a Unidade de Saúde Sete de Barros e o Centro de Saúde do Cedro. Destaco aqui que todo o território municipal é coberto pela assistência primária.

A atenção secundária é bem desenvolvida e conta com o Consórcio intermunicipal de saúde da Microrregião do Vale do Piranga (CISAMAPI), Laboratório Central Municipal, Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) e a Unidade de Vigilância Epidemiológica Municipal.

No setor terciário de assistência a saúde recebe destaque o Hospital Arnaldo Gavazza Filho (HAGF) que recebe os casos de maior complexidade do município e da microrregião do Vale do Piranga. Integra-se a esse setor o Hospital Nossa Senhora das Dores (HNSD) sendo a referência de tratamento de pacientes oncológicos da região e o Serviço Assistência Médica Municipal de Urgência (SAMMDU) que apoia os outros serviços de urgências em saúde.

O município é o pólo microrregional de saúde prestando apoio aos demais municípios que não ofertam serviços especializados ou de maior complexidade motivo que, de forma frequente, observamos prontos-socorros sobrecarregados e todo fluxo hospitalar congestionado. Os pontos de atenção à saúde do município tem uma relação fragmentada e desarticulada, marcada pela falta de interação

eficiente entre os níveis de atenção. O modelo assistencial predominante praticado é o Modelo Liberal Privativista. Esse modelo mescla características do modelo assistencial privatista caracterizado pela procura espontânea do usuário ao serviço de saúde para cura de uma condição aguda com o modelo assistencial sanitarista voltado para campanhas e programas para resolver condições de saúde já estabelecidas.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Sette de Barros

A Unidade Básica de Saúde Sette de Barros que abriga a equipe de saúde da família (eSF) II, foi fundada em 2002 e há 5 anos recebeu uma nova instalação planejada. Está situada na avenida principal do bairro que comunica o centro da cidade com uma das saídas de uma estrada estadual. Possui uma estrutura planejada para prestar assistência a saúde. Têm três salas de atendimento médico, uma sala de atendimento multiprofissional, uma de atendimento ginecológico e coleta de preventivo, uma sala grande para realização de grupos operativos, duas salas odontológicas, uma sala de esterilização de materiais dentários, uma sala para reunião de equipe, uma recepção com amplo espaço e cadeiras, uma sala de atendimento da enfermagem, uma destinada à vacinação além de outros espaços comuns como banheiros e cozinha. Conta com o apoio semanal de atendimento do ginecologista, pediatra, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta e psicólogo. Apesar de ter um amplo espaço físico na recepção, alguns dias de semana, principalmente na segunda-feira de manhã, o espaço de acolhimento inicial é insuficiente porque recebe muitos pacientes agendados justificado pelo atendimento de vários profissionais no mesmo turno (pediatra, dois médicos da ESF, psicologia e odontológico). A unidade é bem equipada e conta com recursos adequados para o trabalho.

O modelo de gestão do processo de trabalho que mais se adéqua ao trabalho realizado é o nível dos fatos, com a equipe sobrecarregada, encontrando dificuldade para organizar suas ações e com dificuldade para atender a demanda espontânea (SILVA; JORGE; SILVA JÚNIOR, 2015).

Por diversas vezes o cuidado ao usuário é iniciado quando uma condição de saúde já está estabelecida comprometendo o atributo de oportunidade. Notadamente a

continuidade do cuidado pode ser melhorada já que existe dificuldade de articulação da equipe da atenção básica com os outros níveis de atenção. Outro atributo de qualidade do cuidado em saúde que deve ser aprimorado é o de eficácia porque diversas ações empregadas não focam em resolução do problema para trazer benefício coletivo (FARIA *et al.*, 2019).

1.5 A Equipe de Saúde da Família II da Unidade Básica de Saúde Sette de Barros

A Equipe de Saúde da Família II é constituída pelos seguintes integrantes: seis agentes comunitários de saúde (ACS), um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma técnica de enfermagem, uma cirurgiã-dentista e uma auxiliar em saúde bucal. Conta ainda com atendimentos semanais realizados por um pediatra, ginecologista e nutricionista.

O conceito de saúde estende-se além da presença ou ausência de doença, além de bem-estar psicossocial com objetivo de vida. A saúde é um dos recursos necessários para a realização da vida dos indivíduos. As relações sociais, a saúde mental e o espaço físico com que os indivíduos interagem determinam o padrão de saúde de uma população. Devem ser compreendidos para elaboração de ações resolutivas que tragam melhoria da saúde e conseqüentemente da vida das pessoas. O espaço físico que o indivíduo reside, o ambiente e as condições de trabalho, a renda econômica, a cultura assim como as relações sociais interferem diretamente e indiretamente no processo saúde-doença. Eles vão interferir na tomada de decisão da pessoa, na educação, no padrão sanitário e, aliados a outros fatores, determinarão o padrão de saúde da pessoa ou comunidade. Assim posso concluir em relação à saúde da minha comunidade que o meio ambiente desprovido de boas condições sanitárias, associado ao significativo índice de desemprego, baixa renda e criminalidade contribuem negativamente para esse objetivo.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe II

A Unidade de Saúde funciona nos dias úteis no horário de 7 horas às 17 horas. Conta com um relógio que registra a entrada e saída dos funcionários que contribui para o compromisso com o tempo de serviço. Os ACS fazem o primeiro acolhimento do paciente, o agendamento de consultas e separam os

prontuários dos pacientes que serão avaliados pela equipe. Existe uma escala que define os dias e horários de cada um nessa função. A enfermeira exerce seu trabalho gerencial organizando atividades programadas, realizando consultas e triagem de pacientes que devem ser avaliados por outros profissionais. Por vezes, estabelece contato direto com o médico da equipe, para ofertar melhor qualidade de serviço ao usuário. O médico recebe o usuário com consulta agendada ou que passou pela triagem da enfermeira. Procura aproveitar a ocasião para estreitar vínculo com o paciente e lhe passar informações que contribuam para o conhecimento e cuidado da condição. Devido a falhas no processo de trabalho, especialmente no acolhimento, essas consultas são pouco proveitosas no cuidado ao paciente porque o tempo é curto, consequência de serviço sobrecarregado de usuários e demandas. A técnica de enfermagem é responsável pelo cuidado de feridas, aferição de pressão arterial e glicemia capilar dos pacientes selecionados. A cirurgiã-dentista também fica responsável pelo atendimento das duas equipes de Saúde da Família.

Até aqui observamos que faltam profissionais para compor as equipes, acredito que seja pela remuneração inferior ao mercado privado ou pela burocracia de contratação que se dá apenas por processo seletivo. Essa sobrecarga de trabalho dos profissionais é motivo de cobrança dos usuários porque parte do espaço físico privilegiado deixa de ser aproveitado da forma adequada e atende numero menor de pacientes. Outro motivo de reclamação é o agendamento dos pacientes que são marcados no grupo das 7 horas, 8 horas, 13 horas e 14 horas. Com frequência, o paciente espera 2 horas ou mais para ser atendido, sem critério de seleção como idade ou limitação física. Também reclamam do período de funcionamento até às 17 horas porque vários trabalhadores não podem ir consultar nesse período.

A equipe busca a integração e comunicação entre os profissionais, pacientes e as outras redes de serviço e atenção. Essa forma de trabalhar visa o melhor cuidado para com a saúde do usuário. A partir de um problema demandado busca envolvimento de toda equipe para seu acompanhamento e tentativa de solução. Para isso existe uma comunicação direta entre a enfermeira, o médico, técnica de enfermagem e os ACS. Em todos os momentos de contato com o usuário, buscamos fornecer informações que tragam benefício para a saúde individual e

coletiva. Encontramos dificuldade de articular os diferentes níveis de atenção, principalmente pela falta de interação e comunicação efetiva entre as redes de serviço.

1.7 O dia a dia da equipe II

A equipe fica limitada a marcação de consultas, atendimento na estrutura da unidade, organização da demanda espontânea e na realização de alguns programas como: saúde bucal, puericultura realizado pelo pediatra e enfermeira, atendimento de hipertensos e diabéticos em consultas aleatórias, rastreamento de câncer de colo do útero realizado pela enfermeira e ginecologista. Excepcionalmente, uma noite do mês, exerce o Programa Saúde do trabalhador para assistir os usuários que por motivo de trabalho não podem comparecer no período comercial, tempo insuficiente para atender os trabalhadores formais da comunidade, motivo de constante reclamação.

Existem dois grupos operativos, um que se destina ao apoio psicológico comandado pela psicóloga e o outro para auxiliar no controle de dor crônica chefiado pelo fisioterapeuta que dá apoio a unidade, ambos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Devido à mudança de profissionais, algumas atividades deixam de ser realizadas como o HIPERDIA e pouco se realiza atividades em grupo.

Semanalmente, às quintas-feiras, fazemos visitas domiciliares aos pacientes com dificuldade de se deslocarem à unidade e que exigem continuidade de cuidado. Mensalmente acontecem reuniões para reflexão do processo de trabalho e elaboração de planejamento e ações, presença obrigatória de toda equipe principal. Essa frequência é pouca para readequação do processo de trabalho mas enfrentamos dificuldades para ampliá-la já que vários usuários ou até mesmo outras esferas de gestão enxergam como “tempo perdido”.

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

A construção do diagnóstico situacional do bairro Triângulo, no município de Ponte Nova situado em Minas Gerais, permitiu identificar uma série de problemas. Listamos a seguir as principais: taxa de desemprego relevante; falta de

planejamento público na instalação de moradias; forças políticas sustentadas por lideranças econômicas com interesses próprios; descrédito das gestões políticas municipais; sistema de média e alta complexidade sobrecarregado devido à necessidade de assistência aos municípios vizinhos; rotatividade dos profissionais da área de saúde; horário restrito de funcionamento da unidade de saúde; agentes comunitários de saúde responsáveis pelo acolhimento inicial e, por vezes, triagem de pacientes para consulta; burocracia para contratação de profissionais, vagas ociosas e remuneração inferior ao mercado paralelo; realização de apenas dois grupos operativos (apoio psicológico e fisioterápico); atendimento ao trabalhador formal em período insuficiente; reuniões insuficientes para elaboração de ações em saúde e reflexão do método de trabalho; muitas consultas de renovação de receita de pacientes da saúde mental, hipertensos e diabéticos o que limita o atendimento das demais necessidades; população de hipertensos e diabéticos subnotificados; alto índice de pacientes hipertensos descompensados; principais causas de óbitos e internação são por doenças crônicas descompensadas que não foram devidamente acompanhadas; desproporção entre as populações da mesma comunidade, provavelmente por subnotificação; município dispõe de vários serviços de saúde e não existe articulação entre eles; tempo de espera para consulta ambulatorial das especialidades é grande; equipe que não conhece o modelo de atenção que deve ser empregado, comodismo na realização de suas atividades; parte da equipe sobrecarregada com suas funções; acolhimento ineficiente; desorganização quanto ao fechamento de planilhas estatística.

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

Após discutirmos em equipe sobre os problemas da comunidade e do processo de trabalho conseguimos definir um diagnóstico da situação de saúde local identificando prioridades para traçarmos estratégias com a finalidade de resolver ou minimizar tais problemas.

Dentre os problemas, em ordem de prioridade decrescente, citamos: alto índice de pacientes hipertensos descompensados; acolhimento ineficiente; realização de poucos grupos operativos; reuniões insuficientes para elaboração de ações em saúde e reflexão do método de trabalho; muitas consultas destinadas apenas a

renovação de receitas de pacientes portadores de doenças crônicas. Tais situações foram definidas pela capacidade de enfrentamento pela equipe assim como pela repercussão negativa frente à comunidade.

O erro no método de trabalho tem trazido assistência ineficiente aos portadores de doenças crônicas, especialmente os hipertensos, que por consequência gera maior índice de agravos em saúde além de limitar produção de ações que promovem educação e promoção de saúde. Os outros problemas priorizados como acolhimento ineficiente, falta de reuniões para planejamento de ações e discussão do método de trabalho e realização de poucos grupos operativos contribuem para tal situação. Por tais motivos, torna-se necessário definir uma estratégia com rapidez com a finalidade de resolver ou minimizar tais problemas e aplicar as orientações e ações preconizadas pela atenção básica e do programa Estratégia e Saúde da Família.

Na maior parte dos problemas explicitados a equipe tem poder de intervir e dessa forma, pode gerar importante benefício para a comunidade. Definimos como situação prioritária de enfrentamento o grande número de pacientes hipertensos descompensados, conforme mostra o quadro 1.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde II, Unidade Básica de Saúde Sette de Barros, município de Ponte Nova, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Hipertensos descompensados	Alta	8	Parcial	1
Acolhimento ineficiente	Alta	6	Dentro	2
Poucos grupos operativos ativos	Alta	6	Dentro	2
Reuniões insuficientes para planejamento e discussão do trabalho	Alta	6	Dentro	2
Alta demanda de consultas para renovação de receitas de doenças crônicas	Alta	4	Fora	3

Fonte: NETO, I. M. C. Diagnóstico situacional PSF Sette de Barros. Ponte Nova: UFMG, 2019.

*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) tem alta incidência e prevalência no bairro Triângulo assim como no Brasil. Estima-se, através de análise de incidência de hipertensão para a região sudeste e pelo número de pacientes cadastrados versus devidamente acompanhados que aproximadamente 48% dos hipertensos da comunidade estão descompensados.

É problema de saúde pública porque as complicações inerentes ao descontrole da doença trazem impacto na qualidade de vida do portador e na gestão de recursos financeiros destinados a saúde.

A reorganização do processo de trabalho da eSF II, a conscientização e orientação adequada desse grupo e a elaboração de estratégias para mudanças saudáveis do estilo de vida, como proposto nesse projeto de intervenção, trarão benefícios socioeconômicos e na saúde da comunidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um projeto de intervenção para controle e adesão dos hipertensos da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família 2 do bairro Triângulo no município de Ponte Nova em Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Identificar e cadastrar os hipertensos da comunidade assim como promover os cuidados adequados.

Implementar ações educativas para hipertensos que auxiliem no controle da doença.

Reorganizar o processo de trabalho da equipe 2 visando a oferta de cuidados necessários a esse grupo específico.

4 METODOLOGIA

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional por meio do método de estimativa rápida (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). Foram utilizados informantes da comunidade definidos pelos ACS, observação ativa da comunidade durante as visitas domiciliares, pesquisa de prontuários, produção mensal da equipe e pesquisa bibliográfica sobre a história do território com a finalidade de identificar os principais problemas observados na comunidade. Definido o problema prioritário, a HAS, e estabelecidos os “nós” críticos para enfrentamento da situação. A seguir foi elaborado o plano operativo definindo-se as ações necessárias e os resultados esperados a partir de cada “nó” crítico conforme os textos disponibilizados no acervo virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG (NESCON).

Conjuntamente, foi realizada pesquisa bibliográfica sobre o tema na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) utilizando-se os descritores: Atenção Primária à Saúde, Planejamento em saúde e Hipertensão.

Após, construído projeto de intervenção para enfrentamento do problema eleito na comunidade sob os cuidados da eSF II da Unidade Sete de Barros.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Atenção Primária da Saúde

Em 1920, foi criado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido o Relatório Dawson, que foi a referência da percepção de Atenção Primária à Saúde (APS) como modo de organização dos sistemas nacionais de saúde, onde se recomendou a reorganização do modelo de atenção à saúde na Inglaterra em serviços coordenados de acordo com os graus de dificuldades e os gastos do tratamento. Os princípios deste relatório exerceram influência para a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que, no que lhe diz respeito, passou a direcionar a reestruturação dos sistemas de saúde em diversos países do mundo (PORTELA, 2017).

Importante destacar que o documento destaca as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles, marcando o texto inaugural da regionalização dos sistemas de atenção à saúde organizado com base na saúde da população (MENDES, 2015).

No Brasil, os Centros de Saúde Escola surgiram em 1920 e, desde então, vimos os inúmeros esforços de se estruturar a APS. Além disso, diversos modelos foram estruturados em distintas regiões do país, conforme interesses e idealizações muito diferentes. Esses centros de saúde, preliminarmente recomendados por Paula Souza, em São Paulo, sugeriam atividade total enfatizando a educação sanitária e promoção da saúde (LAVRAS, 2011).

Compreendida como parte integral do sistema de saúde do país, que busca o desenvolvimento social e econômico global de uma comunidade, a APS é considerada o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, sendo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde, fazendo com que a atenção à saúde ocorra onde as pessoas vivem e trabalham (GOMES *et al.*, 2012).

Este conceito enfatiza a importância da APS, que, no que lhe diz respeito, consolida os princípios da integralidade, da universalidade e da equidade do Sistema Único de Saúde.

Os principais objetivos da APS são as realizações de “serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o contexto de vida; e influenciando as respostas das pessoas a seus problemas de saúde”. Desse modo, a APS possui características singulares que a representa e diferencia dos demais níveis de atenção. Essas características são interdependentes e complementares (BRASIL, 2007, p.37).

Segundo Dantas e Roncalli (2019), vêm sendo utilizadas na APS, principalmente na Estratégia de Saúde da Família, estratégias para a otimização do atendimento e acompanhamento dos usuários hipertensos. Estas estratégias envolvem a organização do processo de trabalho das equipes, as consultas mensais, realizadas por profissional médico ou enfermeiro, aferindo o peso, a pressão arterial, incluindo “orientações e prescrição do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, promovendo assim o monitoramento e avaliação da evolução do tratamento instituído” (DANTAS; RONCALLI, 2019, p.298).

5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) caracteriza-se pela elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg, associando-se a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo. A doença pode ser agravada por outros fatores de risco, a saber: dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melitus, podendo levar à morte súbita, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crônica, fatal e não fatal (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A hipertensão pode ser classificada como primária (essencial) ou secundária. A hipertensão primária (essencial) é diagnosticada na ausência de uma causa secundária identificável. Aproximadamente 90-95% dos adultos com hipertensão têm hipertensão primária, enquanto a hipertensão secundária é responsável por cerca de 2 a 10% dos casos (SANT’ANA, 2014).

No Brasil, de acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (MALACHIAS *et al.*, 2016) a prevalência de HAS varia de acordo com a população estudada e o método de avaliação, conforme tabela 1.

Tabela 1 - Prevalência de HA de acordo com diferentes métodos de abordagem.

Fonte	PA	n	Geral (%)	Homens	Mulheres
Picon et al.10*	Aferida	17.085	28,7 (26,2–31,4)	27,3 (22,5-32,8)	27,7 (23,7-32,0)
Scala et al.7	Aferida		21,9-46,6		
VIGITEL, 2014**	Autorreferida, por telefone	40.853	25,0%		
PNS, 2013**	Autorreferida	62.986	21,4	18,1	21,0%
PNS, 2014**	Aferida	59.402	22,3	25,3	19,5

PA: pressão arterial.

*Meta-análise; estudos da década de 2000.

**Nota: as pesquisas VIGITEL e PNS não consideram hipertensos aqueles que se declararam hipertensos sob tratamento.

Fonte: MALACHIAS *et al.*. (2016, p.2).

Malachias *et al.* (2016) apontam que existe uma tendência à redução da prevalência nos últimos trinta anos, os autores citam uma análise feita por Picon (2012) em 40 estudos transversais e de coorte, constatando uma redução 36,1% para 31,0%. Os autores apresentaram também uma pesquisa realizada por Chor *et al.* (2015), com 15.103 servidores públicos de seis capitais brasileiras, constatando prevalência de HA em 35,8%, com predomínio entre homens (40,1% vs 32,2%).

Em relação à prevalência de HA autorreferida, no período de 2006 a 2014, entre pessoas com 18 anos ou mais, residentes nas capitais brasileiras, houve uma variação entre 23% a 25%, não apresentando diferenças em todo o período pesquisado, inclusive por sexo. Já em relação a “adultos com 18 a 29 anos, o índice foi 2,8%; de 30 a 59 anos, 20,6%; de 60 a 64 anos, 44,4%; de 65 a 74 anos, 52,7%; e ≥ 75 anos, 55%” (BRASIL, 2015 *apud* MALACHIAS *et al.*, 2016, p.3).

Importante destacar que a Região Sudeste “foi a região com maior prevalência de HA autorreferida (23,3%), seguido pelo Sul (22,9%) e Centro-Oeste (21,2%) e o Nordeste e Norte apresentaram as menores taxas, 19,4% e 14,5%” (BRASIL, 2015 *apud* MALACHIAS *et al.*, 2016, p.3).

Malachias *et al.* (2016) ainda citam dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) que em 2014 mediu a pressão arterial (PA) de pessoas escolhidas em domicílios sorteados, usando aparelhos semiautomáticos digitais, calibrados. A PA dessas pessoas foi medida com intervalos de dois minutos, considerando-se a média das duas últimas, inseridas em smartphone. Nessa pesquisa ficou constatado que a prevalência geral de PA $\geq$ 140/90 mmHg foi 22,3%, com predomínio entre os homens (25,3% vs 19,5%), variando de 26,7% no Rio de Janeiro a 13,2% no Amazonas, com predomínio na área urbana em relação à rural (21,7% vs 19,8%).

5.3 Adesão ao tratamento

A HAS é considerada um dos mais graves problemas de saúde pública e, quando não tratada adequadamente, pode provocar graves consequências a alguns órgãos alvos vitais. Quando não controlada, a HAS é considerada um problema médico-social que afeta países desenvolvidos e em desenvolvimento (BARRETO; REINERS; MARCON, 2014).

Embora se conheça a efetividade de suas medidas de prevenção e controle, a HAS e seus agravos continuam representando um grande desafio social e de saúde, uma vez que a adesão ao tratamento não ocorre de forma satisfatória. A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo e falta de um diagnóstico precoce, bem como o curso prolongado e assintomático da doença, podem desencadear sérios agravos. (BARRETO; REINERS; MARCON, 2014; BARRETO *et al.*, 2015). Neste sentido, Vasconcelos, Silva e Miranda (2017) salientam que além da não adesão ao tratamento, o diagnóstico tardio e o próprio curso da doença, na maioria das vezes, assintomático, contribuem para o desencadeamento dos agravos da hipertensão arterial sistêmica.

O tratamento adequado da HAS é muito importante para a redução da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares e, além de consistir em mudanças no estilo de vida, consiste também no uso contínuo de um ou mais tipos de medicamentos anti-hipertensivos (FERREIRA; BARRETO; GIATTI, 2014).

Como explica Sant'Ana (2014), o tratamento deve ser realizado de duas maneiras, medicamentoso e não-medicamentoso. O autor aponta como tratamento não medicamentoso a adoção de hábitos de vida saudáveis. Isso proporciona a

diminuição da pressão arterial, aumenta a eficácia do tratamento medicamentoso e diminui o risco cardiovascular. Já o tratamento medicamentoso tem como objetivo a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares do paciente hipertenso. Medidas não medicamentosas associadas a medicamentos anti-hipertensivos.

Assim, os agentes anti-hipertensivos permitem não somente a redução dos níveis tensionais, mas também a redução das taxas de morbimortalidade, ou seja, reduzindo os eventos mórbidos cardiovasculares fatais e não fatais, proporcionando melhora da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2014).

Radovanovic *et al.* (2014) enfatizam que a mudança nos hábitos é indicada a todos hipertensos. Os autores destacam que a mudança de hábitos como a redução do peso corporal, diminuição da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, a prática de exercícios físicos regulares, e a não utilização de drogas reduz a pressão arterial e favorece o controle de outros fatores de risco; aumento da eficácia do tratamento medicamentoso; e redução do risco cardiovascular.

Compreende-se que, “por ser uma doença crônica, o controle da HAS requer acompanhamento e tratamento por toda a vida”, o que envolve “medidas farmacológicas e não farmacológicas” (RADOVANOVIC *et al.*, 2014, p.548).

Destaca-se que o paciente não deve, em hipótese alguma, interromper o tratamento por conta própria. A hipertensão arterial é uma condição traiçoeira que não causa sintomas e pode levar ao infarto, ao derrame ou à morte subitamente, sem aviso prévio.

5.4 Ações educativas no controle da HAS

É notória a necessidade de medidas educativas uso racional dos medicamentos para aumentar o conhecimento dos pacientes sobre sua enfermidade e melhorar a adesão ao tratamento. Do ponto de vista da saúde pública, enfatiza-se que profissionais de saúde têm a oportunidade de prover aconselhamento aos pacientes, interagir e discutir suas necessidades, informar sobre medicamentos e sobre o cuidado de doenças, incluindo a busca de outros profissionais (SILVA *et al.*, 2008).

Neste sentido, destaca-se que as atividades educativas são excelentes oportunidades para realizar prevenção e promoção da saúde, proporcionando a aquisição de novos hábitos e condutas de saúde. Equipes de saúde da família devem incorporar habilidades educativas em seu dia a dia, trocando conhecimentos e transformando a realidade (ROJAS, 2016; RAMOS *et al.*, 2018).

Silva *et al.* (2008) deixam claro que o profissional de saúde pode informar de maneira individual ao paciente sobre cuidados com a saúde e higiene de modo a prevenir complicações e doenças e/ou melhorar seu estado geral, embasando-se em uma receita específica ou, ainda aconselhar grupos de auto-ajuda, grupos de portadores de doenças específicas, turmas de escolares, associação de moradores ou outros. Essa orientação pode estar relacionada ao uso correto dos medicamentos prescritos, tendo em vista a melhora dos efeitos terapêuticos e a redução de aparecimento de efeitos adversos e toxicidade, além de não utilizar medicamentos não prescritos, bem como à adoção de estilo de vida mais saudável (RIBEIRO *et al.*, 2015). Assim, o paciente fica mais informado e participativo no tratamento de sua doença e no manejo do seu autocuidado.

Vasconcelos, Silva e Miranda (2017) destacam a importância de a equipe de saúde conhecer os fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento, pois este conhecimento pode nortear as estratégias de intervenção no sentido de um controle mais eficiente dos níveis pressóricos.

Uma proposta de intervenção para controle e prevenção das complicações da hipertensão arterial sistêmica no Programa de Saúde da Família Santo André 1 no município mineiro Poços de Caldas foi apresentada por Rojas (2016). Como atividades educativas a serem desenvolvidas pela equipe de saúde, foram propostas: oficinas educativas, palestras, apresentação de vídeos, caminhadas em grupo, atividades de discussão em sala de espera da UBS para pacientes hipertensos ou não, em escolas do bairro para prevenir o desenvolvimento da doença e complicações daquelas já instaladas.

Intervenções como as propostas por Rojas (2016) buscam modificar os hábitos dos usuários de unidades de saúde que, através de um processo de educação, passam a conhecer a doença, os fatores que predispõe à mesma e prevenção da patologia, podendo, assim, evitar complicações, o desgaste familiar e altos custos para a

sociedade e o Estado. Outras ações foram propostas por Rodriguez (2015), a saber: oficina de culinária saudável: junto à nutricionista ensinar os pacientes como preparar uma alimentação saudável e com baixo teor de sal; confecção de caixa personalizada de medicamentos: confecção de caixas com desenhos ilustrativos para facilitar a compreensão do paciente, orientando-os sobre como usar os medicamentos e separando-os na caixa por horário.

Rodriguez (2015) ainda destaca o relevante papel da equipe multidisciplinar no tratamento de pacientes com HA na orientação, acompanhamento e acolhimento de pacientes hipertensos para consolidação de propostas que promovam a melhoria de sua qualidade de vida, por meio da aceitação e convivência com a hipertensão.

Ressalta-se que o vínculo entre equipe e paciente é um fator fundamental e estruturante nesse processo, pois favorece a consolidação da adesão ao tratamento e a compreensão do paciente sobre a sua doença e as alternativas terapêuticas, participando ativamente do tratamento. Sintetizando, uma “intervenção baseada na reflexão, respeito à autonomia e individualidade do paciente pode ajudar a melhorar a adesão” (ROCHA; BORGES; MARTINS, 2017, p.21).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “alto índice de pacientes hipertensos descompensados” na área adscrita à equipe de saúde da família II em Ponte Nova, para o qual se registram, a seguir, uma descrição do problema selecionado, a sua explicação, a seleção de seus nós críticos e o desenho das operações de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Para descrição do problema priorizado foram selecionados alguns dados obtidos pela própria equipe já que as fontes de base de informação pouco contribuíram. Nota-se que aproximadamente 48% dos pacientes hipertensos não são devidamente controlados e o erro no método de trabalho tem contribuído para tal porcentagem. Foram selecionados indicadores de frequência de consultas destinadas apenas a renovação de receitas de pacientes portadores de hipertensão, da prevalência dessa comorbidades. Também foram incluídos indicadores da ação da equipe frente a esses problemas (controle das comorbidades, grupos operativos destinados a atenção dessa população específica) e indicadores que podem contribuir para comprovar a eficácia das ações (comorbidades controladas, óbitos por causa cardiovascular).

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A explicação para tal situação é multifatorial. Primeiramente a prevalência de doença é alta e observa-se, através do levantamento de dados, que uma parcela importante de hipertensos diagnosticados não tem procurado atendimento médico para controle da comorbidade, explicação que se dá por ser uma doença pobre em sintomas ou até mesmo assintomática ou pelo difícil acesso às consultas explicado pelo acolhimento ineficiente e agenda sobrecarregada. Outro fato de destaque é que, por vezes, não adotam mudanças no estilo de vida o que contribui para perpetuação do descontrole pressórico. A indisponibilidade de anti-hipertensivos básicos na Farmácia Integrada de Minas é outro fator limitante para o controle desse grupo. Atualmente não existem grupos operativos ou HIPERDIA destinados a atenção

exclusiva de pacientes hipertensos. Em consequência disso, são assistidos de forma isolada e, dessa forma, a assistência é limitada e ineficiente. Nota-se erro no processo de trabalho e falta de planejamento adequado para assistir esses pacientes assim como desconhecimento do modelo assistencial proposto pela equipe. Vale destacar que há na comunidade grande número de hipertensos não diagnosticados ou subnotificados pela equipe. Essa parcela de hipertensos está mais propícia a complicações e óbitos por causas cardiovasculares.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Conforme a explicação acima, podemos selecionar os “nós críticos” que levam a porcentagem significativa de hipertensos descompensados.

- Estilo de vida inadequado
- Desinformação sobre hipertensão
- Processo de trabalho sem efetividade para enfrentar a hipertensão

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)

Conforme os “nós” críticos estabelecidos no passo acima definimos o desenho das operações para melhorar o índice de pacientes hipertensos descompensados.

Em relação à situação “Estilo de vida inadequado” definimos como operação o projeto VIVA a VIDA com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos, tornando os hábitos saudáveis. Para o resultado esperado, diminuir em 25% o número de sedentários, obesos e tabagistas em dois anos, criamos o programa alimentação e saúde, o grupo de caminhada assim como restauração do grupo de tabagismo. Os recursos necessários para realização desses programas e alcance da meta são: a disponibilidade frequente de um educador físico, um nutricionista e uma psicóloga do NASF a nível organizacional; um programa de informações pertinentes ao estilo de vida adequado do paciente hipertenso; a mobilização da Associação dos Moradores do Bairro Triângulo e a disponibilização espaço adequado para caminhadas e atividades educativas pela esfera política;

financiamento de folhetos informativos, medicações adequadas e material audiovisual como recursos financeiro para operação dessa ação.

Em relação ao “nó” crítico “Desinformação sobre hipertensão” definimos como operação o projeto HIPERTENSO INTELIGENTE com a finalidade de ampliar o conhecimento sobre os riscos cardiovasculares que esta população está submetida e ampliar a adesão correta ao tratamento. Para isso criamos o programa avaliação de autoconhecimento sobre hipertensão, um programa de capacitação dos ACS para levar informações específicas durante as visitas domiciliares, grupo de encontro de hipertensos para educação direcionada e trabalhar informações sobre a doença durante o tempo que permanecerem na sala de espera. Assim estabelecemos os recursos necessários a seguir: viabilizar informações na sala de espera e palestras educacionais na sala grande da unidade a nível organizacional; implantar um grupo operativo de hipertensos a nível cognitivo; promover articulação intersetorial a nível político e com relação aos recursos financeiros necessários a aquisição de folhetos informativos e materiais audiovisuais.

Sobre o “nó” crítico “Processo de trabalho sem efetividade para enfrentar a hipertensão” definimos como operação o projeto MEU TRABALHO, SUA SAÚDE. Com a realização dessa operação objetivamos acompanhar de 70% dos hipertensos da comunidade e melhorar a comunicação entre as redes de atenção em saúde. Criamos o projeto Aperfeiçoar Acolhimento, linha de cuidado para hipertensão, implantamos protocolos relacionados e estabelecemos como recursos necessários a nível organizacional aperfeiçoar o acolhimento, atualizar a lista de hipertensos e organizar a agenda. No nível cognitivo, cursos de capacitação da equipe; no nível político, articulação entre os setores de saúde e adesão da equipe e no nível financeiro, contratação de profissionais para atuarmos com equipe básica completa.

O desenho das operações sobre os três “nós críticos” está apresentado nos quadros 2, 3 e 4, a seguir.

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “alto índice de pacientes hipertensos descompensados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família II UBS Sette de Barros, do município de Ponte Nova, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Estilo de vida inadequado
6º passo: operações	Promover hábitos de vida saudáveis por meio da implantação do programa caminhada, alimentação e saúde, grupo de tabagismo modificando condicionantes que prejudicam o controle da HAS.
6º passo: projeto	Viva a Vida
6º passo: resultados esperados	Diminuir em 25% o número de sedentários, obesos e tabagistas em 2 anos
6º passo: produtos esperados	Programa alimentação e saúde; grupo de tabagismo; grupo de caminhada.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Mais informação sobre estilo de vida saudável Financeiro: Financiamento de folhetos informativos, medicações adequadas e material audiovisual. Político: Mobilização da associação dos moradores do bairro; disponibilização de espaço adequado.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: elaboração de material audiovisual Político: mobilização da associação dos moradores Financeiro: disponibilização de recursos para materiais audiovisuais e medicações adequadas
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	NASF (favorável) Associação dos moradores: Favorável Secretaria de Saúde: Indiferente Apresentar para a Secretaria Municipal de Saúde o projeto de metas e expor redução de custos
9º passo; acompanhamento do plano - responsável e prazos	Técnica de enfermagem Programa caminhada (3 meses) Programa alimentação e saúde (3 meses) Grupo de tabagismo (3 meses)
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento e avaliação serão periodicamente analisados por meio da adesão dos pacientes, da operação efetiva das ações assim como alcance do objetivo proposto. As adaptações e correções serão definidas a partir das dificuldades encontradas definindo-se um prazo de 2 meses para reavaliação da ação.

NETO, I. M. C. Diagnóstico situacional PSF Sette de Barros. Ponte Nova: UFMG, 2019.

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “alto índice de pacientes hipertensos descompensados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família II UBS Sette de Barros, do município de Ponte Nova, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Desinformação sobre hipertensão
6º passo: operação	Maior conhecimento sobre a HAS e fatores de risco cardiovascular por meio das informações levadas pelos ACS durante a visita domiciliar, pela realização de grupo operativo que promova esclarecimento dos determinantes e agravantes da HAS assim como pela transmissão de material audiovisual na sala de espera.
6º passo: projeto	Hipertenso Inteligente
6º passo: resultados esperados	População mais informada sobre hipertensão e risco cardiovascular; maior adesão ao tratamento.
6º passo: produtos esperados	Capacitação dos ACS para informações pertinentes durante as visitas domiciliares; Grupo educativo para hipertensos; Projeto aprendendo HAS na sala de espera.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: implantar grupo operativo de hipertenso; Financeiro: aquisição de folhetos informativos; materiais audiovisuais. Político: articulação intersetorial
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: adesão da equipe; mobilização adequada dos setores envolvidos; Financeiro: disponibilização de folhetos e outros materiais audiovisuais
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Integrantes da equipe (favoráveis) Secretaria de saúde e educação, sociedade civil (indiferentes) Expor o projeto de educação dos hipertensos Apresentar o projeto de metas e redução de custos para a Secretaria de Saúde do município
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Enfermeira e médico Três meses para questionário e quatro meses para capacitação dos ACS
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento e avaliação serão periodicamente analisados através da adesão dos pacientes, da operação efetiva das ações assim como alcance do objetivo proposto. As adaptações e correções serão definidas a partir das dificuldades encontradas definindo-se um prazo de dois meses para reavaliação da ação.

Fonte: NETO, I. M. C. Diagnóstico situacional PSF Sette de Barros. Ponte Nova: UFMG, 2019.

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “alto índice de pacientes hipertensos descompensados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família II UBS Sette de Barros, do município de Ponte Nova, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Processo de trabalho sem efetividade para enfrentar a hipertensão
6º passo: operação	Reestruturar a abordagem e acompanhamento do paciente hipertenso, aperfeiçoando o acolhimento, atualizando a lista de hipertensos do território, reestruturando o agendamento de consultas eletivas dos hipertensos e disponibilizando na unidade de saúde o protocolo atual de HAS.
6º passo: projeto	Meu Trabalho, Sua Saúde
6º passo: resultados esperados	Acompanhamento de 70% dos hipertensos; melhora da comunicação entre as redes de atenção
6º passo: produtos esperados	Aperfeiçoar acolhimento; linha de cuidado para hipertensão implantada; Protocolos implantados
6º passo: recursos necessários	Estrutural: aperfeiçoamento do acolhimento; atualizar a lista de hipertensos; organizar a agenda; disponibilidade protocolo hipertensão. Cognitivo: cursos de capacitação da equipe Financeiro: articulação entre os setores de saúde; adesão da equipe Político: contratar profissionais para atuar com equipe completa
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: cursos de capacitação da equipe para atualização da lista de hipertensos; adesão dos profissionais; aplicar protocolo de hipertenso; implantar linha de cuidado para hipertensos; aperfeiçoar acolhimento; Político: articulação intersetorial Financeiro: contratação de profissionais
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Profissionais da equipe (favoráveis) Secretaria regional e municipal de saúde (indiferentes) Redes de serviços de saúde (contrário) Apresentar a projeção de resultados Reforçar o modelo assistencial proposto Apresentar a projeção de resultados para a eSF II
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Enfermeira, médico e ACS Três meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento e avaliação serão periodicamente analisados através da adesão dos pacientes, da operação efetiva das ações assim como alcance do objetivo proposto. As adaptações e correções serão definidas a partir das dificuldades encontradas definindo-se um prazo de dois meses para reavaliação da ação.

Fonte: NETO, I. M. C. Diagnóstico situacional PSF Sette de Barros. Ponte Nova: UFMG, 2019.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção primária a saúde é o centro articulador e integrador do cuidado a saúde do paciente portador de hipertensão arterial sistêmica, tendo a capacidade de interferir diretamente no controle da mesma por meio de medidas que geram promoção e proteção a saúde com tecnologias efetivas e de baixo custo.

Visto a grande prevalência da doença crônica na comunidade residente no bairro Triângulo, no município de Ponte Nova, em Minas Gerais, e seus potenciais danos evitáveis para a saúde, o projeto de intervenção elaborado propõe ações para redução do número de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica descompensada.

Para tal finalidade faz-se necessário compactuar as responsabilidades dos profissionais de saúde, da gestão municipal e da população alvo envolvida. Portanto a execução desse trabalho contribuirá para melhorar a qualidade de vida dos hipertensos sob os cuidados da equipe II da Unidade de Saúde Sette de Barros, reduzir custos empregados no tratamento das complicações e para fortalecer o trabalho da equipe na atenção primária a saúde.

REFERÊNCIAS

BARRETO, M. S.; CREMONESE, I. Z.; JANEIRO, V.; MATSUDA, L. M.; MARCONI, S. S.. Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n.1, p.60-67, 2015.

BARRETO, M. S.; REINERS, A. A. O.; MARCON, S. S. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 3. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00491.pdf>. Acesso em 16 mar 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 232 p.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Cidades**. Minas Gerais. Ponte Nova. **Panorama**. Brasília: 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ponte-nova/panorama>>. Acesso em: 28 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 152 p.

CHOR, D; RIBEIRO, AL; CARVALHO, MS; DUNCAN, BB et al. Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil Study. **PLoS One**, v.10. n.6, p.e0127382, 2015.

COTA, L. G. S.. **História e contemporaneidade**. Prefeitura municipal de Ponte Nova, 2019. Disponível em: <<https://www.pontenova.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/historia-e-contemporaneidade/6501>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

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, 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.

FARIA, H. P.; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, P. F.. **Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2019. 92p.

FERREIRA, R. A.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 4. 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0815.pdf>>. Acesso em 16 mar 2020.

GOMES, A. P. *et al.* . Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v.36, n.4, p.541-549, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000600014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Jan. 2020.

LAVRAS, C.. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.867-74, 2011.

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

MENDES, E. V.. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretaria de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

oteca.php?conteudo=publicacoes/cab37> Acesso em: 16 mar 2020.

PICON, RV; FUCHS, FD; MOREIRA, LB; RIEGEL *et al.* Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with meta-analysis. **PLoS One**, v.7, n.10, p.e48255, 2012.

PORTELA, G. Z.. Atenção primária à saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.255-76, 2017.

RADOVANOVIC, C. A. T.; SANTOS, L. A.; CARVALHO, M. D. B.; MARCON, D. S. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 4, P. 547-553. 2014.

RAMOS, C. F. V. *et al.* . Práticas educativas: pesquisa-ação com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v.71, n.3, p.1144-1151, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301144&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2020.

RIBEIRO, I. J. S. *et al.* . Prevalência e fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes com hipertensão arterial. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.29, n.3, p.250-260, jul./set. 2015.

ROCHA, M. L.F; BORGES, J. W.; MARTINS, M. F. S.. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial entre usuários da Estratégia Saúde da Família em um município do Piauí. **Rev. APS**, v.20, n.1, p.6-20, 2017.

RODRIGUEZ, M. G. **Hipertensão Arterial: Plano de Intervenção para reduzir os fatores de risco na ESF “Maria Venâncio” no município de Nacip Raydan.**

Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Governador Valadares, 2015. 41f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

ROJAS, Y. R. **Proposta de Intervenção para Hipertensão Arterial Sistêmica: Ações Educativas**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Campos Gerais, 2016. 30f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

SANT'ANA, D. O. M. **Hipertensão Arterial Sistêmica: uma Proposta de Intervenção para o Aumento da Adesão ao Tratamento**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Minas Gerais. 2014.

SILVA, E. V *et al.* O papel do farmacêutico comunitário no aconselhamento ao paciente. **Boletim Farmacoterapêutica** . Ano XIII. N. 4 e 5. 2008. Disponível em <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/67/057a064_farmacoterapeutica.pdf>. Acesso em 13 mar 2020.

SILVA, R. M.; JORGE, M. S. B.; SILVA JÚNIOR, A. G. (orgs). **Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde** [livro eletrônico]. Fortaleza: EdUECE, 2015. 548p.

VASCONCELOS, T. R. S.; SILVA, J. M; MIRANDA, L. N.. Fatores associados a não adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial sistêmica: Uma revisão integrativa da literatura. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Alagoas, v.4, n.2, p.385-396, 2017.