UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

KARLLA-RYOS JÚNIOR

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA AMOREIRAS, MUNICÍPIO DE PARACATU, MINAS GERAIS

UNAÍ-MG
2019

KARLLA-RYOS JÚNIOR

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA AMOREIRAS, MUNICÍPIO DE PARACATU, 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 Verônica Amorim Rezende.

UNAÍ-MG

2019

KARLLA-RYOS JÚNIOR

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA AMOREIRAS, MUNICÍPIO DE PARACATU, MINAS GERAIS

Banca Examinadora

Professora Verônica Amorim Rezende.

Professora Dra. Maria Marta Amâncio Amorim.

Aprovado em Belo Horizonte, em 26 de Julho de 2019.

DEDICATÓRIA

Aos meus familiares, em especial, aos meus pais, não somente pela formação digna com que me criaram, mas, sobretudo, o apoio e amor incondicional que me dispensam.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser uma presença constante em minha vida e pela oportunidade de galgar mais esse degrau no mundo do conhecimento.

Aos professores do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, pela oferta de excelentes Doutores e Mestres, extensivo ao Coordenador do Curso.

A Estratégia de Saúde da Família Amoreiras do Município de Paracatu, Minas Gerais, por ter disponibilizado as informações referentes aos pacientes portadores de doenças crônicas, permitindo assim, a conclusão desse Projeto de Intervenção. Por vocês e para vocês, meu muito obrigada.

E, todos aqueles que, direta e indiretamente, contribuíram para a finalização deste projeto.

É impossível haver progresso sem haver mudança, e quem não consegue mudar a si mesmo não muda coisa alguma.

(George Bernard Shaw)

RESUMO

Considerada como uma condição clínica multifatorial, a hipertensão arterial sistêmica se caracteriza pela elevação sustentada dos níveis pressóricos, compreendidos entre ≥ 140 e/ou 90 mmHg, sendo de forma frequente associada aos distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, das quais são agravadas mediante a presença de outros fatores de risco –, dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melitus. O objetivo desse projeto consiste em implantar um plano de intervenção para atuar no controle da hipertensão arterial junto à população atendida na Estratégia Saúde da Família Amoreiras, localizada no município de Paracatu, Minas Gerais. Como percurso metodológico foi elaborado um Planejamento Estratégico Situacional, seguindo dez passos. Além disso, foi realizada uma revisão bibliográfica nos bancos de dados *Scientific Electronic Library online,* Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e do Ministério da Saúde, no período de 2008 a 2018. Os resultados evidenciados permitiram compreender os nós críticos aos quais, citam-se: inadequados hábitos e estilo de vida, quais sejam má alimentação (muitos pela baixa condição socioeconômica), obesidade (alguns casos mórbidos) e sedentarismo; desconhecimento sobre a hipertensão e fatores de risco por parte de grande parte da população. Dessa forma, não procuram a Unidade Básica de Saúde; e, pouca efetividade das ações estratégicas traçadas pela Estratégia Saúde da Família Amoreiras, junto ao processo de trabalho da Equipe de Saúde, quanto ao programa de intervenção sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica, permitindo a elaboração de ações da equipe, para intervenção junto à comunidade. No âmbito local, em relação ao atendimento da equipe de trabalho de saúde, há dificuldades de comunicação e relacionamento interpessoal. Não se identifica um trabalho em equipe o que dificulta o bom andamento do serviço. Acredita-se que essas dificuldades do profissional de saúde da Estratégia Saúde da Família tendem a agravar a situação de risco dos pacientes, uma vez que as informações por não serem disseminadas, deixam de ter ações para com a comunidade, sendo importante a implantação de um plano de intervenção, a partir da elaboração de ações estratégicas para motivar a equipe e envolver a comunidade, possibilitando a modificação dos estilos de vida dos pacientes atendidos pela equipe de saúde para a Hipertensão Arterial Sistêmica.

Descritores: Hipertensão; Doença Crônica; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Considered as a multifactorial clinical condition, systemic arterial hypertension is characterized by sustained elevation in blood pressure levels, ranging from ≥ 140 to 90 mmHg, and is often associated with metabolic disorders, functional and / or structural alterations of target organs, of which are aggravated by the presence of other risk factors - dyslipidemia, abdominal obesity, glucose intolerance and diabetes mellitus. The objective of this project is to implement an intervention plan to act in the control of hypertension with the population served in the Amoreiras Family Health Strategy, located in Paracatu, Minas Gerais. As a methodological path, a Situational Strategic Planning was elaborated, following ten steps. In addition, a bibliographic review was carried out in the online databases Scientific Electronic Library, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature and the Ministry of Health, from 2008 to 2018. The results showed that the critical nodes which are: inadequate habits and lifestyle, which are poor diet (many due to low socioeconomic status), obesity (some morbid cases) and sedentary lifestyle; lack of knowledge about hypertension and risk factors by most of the population. Thus, they do not seek the Basic Health Unit; and little effectiveness of the strategic actions outlined by the Amoreiras Family Health Strategy, together with the Health Team's work process, regarding the intervention program on Systemic Arterial Hypertension, allowing the elaboration of team actions for intervention with the community. At the local level, regarding the care of the health work team, there are communication and interpersonal relationship difficulties. No teamwork is identified, which hinders the smooth running of the service. It is believed that these difficulties of Family Health Strategy health professionals tend to aggravate the risk situation of patients, since the information is not disseminated, they no longer have actions for the community, and it is important to implement a intervention plan, based on the elaboration of strategic actions to motivate the team and involve the community, enabling the modification of the lifestyles of the patients treated by the health team for systemic arterial hypertension.

Keywords: Hypertension; Chronic disease; Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANAC	Agência Nacional de Aviação Civil
AVE	Acidentes Vascular Encefálico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CONVALES	Consórcio de Saúde e Desenvolvimento dos Vales
COOPERCICLA	Cooperativa de Trabalho dos Recicladores de Resíduos Orgânicos e Inorgânicos
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
CRAS	Centro de Referência e Assistência Social
DAP	Doenças arteriais periféricas
DCbV	Doença cerebrovascular
DCV	Doença Cardiovascular
DH	Doenças hipertensivas
DIC	Doenças isquêmicas do coração
DIU	Diuréticos
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônicas
DVC	Doença Cardiovascular
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FINOM	Faculdade do Noroeste de Minas
FR	Fatores de risco
GRS	Gerência Regional de Saúde
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IAM	Infartos agudos do miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiências cardíacas
ICC	Insuficiência cardíaca congestiva
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano do Município
IECA	Inibidores da enzima conversora de angiotensina
IMC	Índice de Massa Corporal

IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
km	quilometro
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOA	Lesões de órgão-alvo
MG	Minas Gerais
nº	número
PA	Pressão arterial
PAD	Pressão arterial diastólica
PAS	Pressão arterial sistólica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PH	Pré-hipertensão
PIB	Produto Interno Bruto
PIC	Prática Integrativa e Complementar
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
PNRS	Política Nacional de Resíduos Sólidos
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PRO-HOSP	Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAI	Sistema de Informações Ambulatoriais
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SciELO	*Scientific Electronic Library online*
SEMEA	Secretaria Municipal de Meio Ambiente
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SNIS	Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS/MG	Serviço Único de Saúde de Minas Gerais
TFD	Tratamento Fora de Domicílio

TNM	Tratamento não medicamentoso
UAITEC	Universidade Aberta e Integrada de Minas Gerais
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Taxa de mortalidade no Brasil por doença cardiovascular (DCV) e distribuição por causas no ano de 2013. Doenças isquêmicas do coração (DIC); Doença cerebrovascular (DCbV); Doenças hipertensivas (DH); Insuficiência cardíaca congestiva (ICC)	41
Figura 2	Prevalência de PH em %, nos principais países	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Composição do Conselho Municipal de Saúde de Paracatu, Minas Gerais 20

Quadro 2 Serviços de atendimento ambulatorial e especialidades de referência no município de Paracatu, Minas Gerais 21

Quadro 3 Quadro de profissionais da Equipe de Saúde da Família Amoreiras, pertencente a UBS Amoreiras, localizada no município de Paracatu, Minas Gerais 31

Quadro 4 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à ESF Amoreiras da UBS Amoreiras, município de Paracatu, Minas Gerais 39

Quadro 5 Alguns fatores de risco para desenvolvimento da HAS 49

Quadro 6 Aspectos da elevação da PA que impactam na prevalência da HAS 51

Quadro 7 Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Elevada prevalência da HAS, sem controle adequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Amoreiras, UBS Amoreiras, do município Paracatu, Minas Gerais 56

Quadro 8 Operações sobre o “Nó crítico 2” relacionado ao problema “Elevada prevalência da HAS, sem controle adequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS Amoreiras, do município Paracatu, Estado de Minas Gerais 57

Quadro 9 Operações sobre o “Nó crítico 3” relacionado ao problema “Elevada prevalência da HAS, sem controle adequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS Amoreiras, do município Paracatu, Estado de Minas Gerais 58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Despesas do município de Paracatu, Minas Gerais, em ações e serviços públicos de saúde, no período de 2013 a 2016	19
Tabela 2	Recursos financeiros disponibilizados para o quadriênio de 2018-2021, conforme PPA, para o município de Paracatu, Minais Gerais	19
Tabela 3	Rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS	24
Tabela 4	Total de lixo dispensado, em toneladas, segundo o destino de lixo e Microárea da UBS Amoreiras, localizada em Paracatu, Minas Gerais	27
Tabela 5	Distribuição das famílias, segundo os dejetos (esgoto) e Microárea da UBS Amoreiras, localizada em Paracatu, Minas Gerais	28
Tabela 6	Distribuição das famílias, segundo o abastecimento de água e Microárea da UBS Amoreiras, localizada em Paracatu, Minas Gerais	28
Tabela 7	Percentual da população analfabeta entre >15 anos, segundo a microárea de abrangência da UBS Amoreiras, localizada em Paracatu, Minas Gerais	29
Tabela 8	Aspectos demográficos da comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família Amoreiras, pertencente a UBS de Amoreiras, localizada no município de Paracatu, Minas Gerais	32
Tabela 9	População, segundo faixa etária e microárea de abrangência, da comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família Amoreiras, da UBS de Amoreiras, localizada em Paracatu, Minas Gerais	33
Tabela 10	Perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF Amoreiras, pertencente a UBS Amoreiras, localizada no município de Paracatu, Minas Gerais	34
Tabela 11	Relação de visitas domiciliares, por família e anuais, realizadas pela ESF Amoreiras, pertencente a UBS Amoreiras, município de Paracatu, Minas Gerais, no ano de 2017	36

Tabela 12 Relação de visitas domiciliares realizadas pelos ACS, por microárea, segundo o total de famílias, visitas anuais e visitas/família/ano, no ano de 2017, pertencente a equipe Amoreiras, da UBS Amoreiras, município de Paracatu, Minas Gerais 37
Tabela 13 Distribuição de consultas médica e de enfermagem, segundo os programas de assistência à saúde da ESF Amoreiras, UBS Amoreiras, Paracatu, Minas Gerais, no ano de 2017 37
Tabela 14 Descritores dos usuários hipertensos, por microáreas, da ESF Amoreiras, pertencente à UBS Amoreiras, município de Paracatu, Minas Gerais 54

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**16**
1.1	Aspectos Gerais do Município	16
1.1.1	Financiamento do Sistema Único de Saúde	18
1.1.2	Controle Social	19
1.1.3	Redes de Serviços	21
1.2	Aspectos da Comunidade Amoreiras	26
1.2.1	Recursos Comunitários	29
1.3	A Unidade Básica de Saúde da Família de Amoreiras	30
1.4	A Equipe de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde de Amoreiras	31
1.5	O Funcionamento da Unidade de Saúde de Amoreiras: Dia a Dia da Equipe da Unidade Básica de Saúde de Amoreiras	35
1.6	Estimativa Rápida: Problemas de Saúde do Território e da Comunidade	38
1.7	Priorização dos Problemas: A Seleção do Problema para Plano de Intervenção	39
2	**JUSTIFICATIVA**	**40**
3	**OBJETIVO**	**43**
3.1	Objetivo Geral	43
4	**METODOLOGIA**	**44**
5	**REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**	**45**
5.1	Estratégia Saúde da Família (ESF) e Atenção Primária à Saúde	45
5.2	Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	46
6	**PLANO DE INTERVENÇÃO**	**53**
6.1	Descrição do Problema Selecionado	53
6.2	Explicação do Problema	54
6.3	Seleção dos Nós Críticos	55
6.4	Desenho das Operações	56
7	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	**60**
REFERÊNCIAS		**62**

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais do Município

O município de Paracatu localiza-se na mesorregião do Noroeste de Minas Gerais, com distância de 40 km da divisa com o Estado de Goiás e 502 Km da capital do estado, Belo Horizonte. Possui 8.229,587 km² de área territorial (IBGE, 2018).

Segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010, havia 84.718 habitantes, sendo 42.470 homens e 42.248 mulheres. Teve como população estimada, para o ano de 2018, 92.430 habitantes. Possui na área urbana 73.772 pessoas e 10.946 na área rural. Em relação à população residente alfabetizada registrou-se 71.933 pessoas. Tem como densidade demográfica 10,29 hab./km^2 (IBGE, 2018).

Tem como principais atividades econômicas a produção agropecuária (principalmente a produção de soja, feijão, milho e a criação de gado nelore), e a produção de grãos. Os agricultores e pecuaristas organizam-se por meio cooperativas que ofertam crédito, assistência técnica e treinamento, ampliando a qualidade e a concorrência dos produtos (IBGE, 2018).

A cidade também tem expandido no ramo do agronegócio da cana-de-açúcar, captando investimentos na área de bicombustíveis com a instalação de usinas de álcool e açúcar. Tem destaque recente a redescoberta do turismo, seu centro histórico foi tombado em 2010, estando praticamente intacto. Tem como principais atrações turísticas as Igrejas históricas, Museu Histórico Municipal Pedro Salazar Moscozo, Arquivo Público Municipal Olímpio Michael Gonzaga, Casa de Cultura Maria Conceição Adjunto Botelho e cachoeiras (PARACATU, 2018).

Há duas rodovias que se fazem importantes na região: BR-040 e MG-188, além da GO-020. A cidade de Paracatu possui duas rodoviárias: uma no bairro Bela Vista e outra na Vila Alvorada.

Além disso, o município conta com o Aeroporto Municipal Pedro Rabelo de Sousa. Existe uma possibilidade operada pela Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC), de disponibilização de vôo comercial.

Em relação à educação a cidade conta com a Faculdade do Noroeste de Minas (FINOM), Faculdade Atenas, Tecsoma, Instituto Federal do Triângulo Mineiro, Unimontes e, mais atualmente, a Universidade Aberta e Integrada de Minas Gerais (UAITEC, parceira da Universidade Aberta do Brasil) (PARACATU, 2018).

Em Paracatu, há 41 escolas de ensino fundamental, 31 escolas de pré-escola e 13 escolas de ensino médio. As matrículas por série se dividem da seguinte forma: Fundamental: 15.125 alunos; Pré-escola: 2.470 alunos; e, Médio: 4.356 alunos (IBGE, 2018).

Em 2009, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica do município para os anos iniciais do ensino fundamental superou a meta prevista para 2009 e alcançou a de 2013, alcançando 6,1 (em uma escala de 0 a 10). Paracatu também ficou acima da média brasileira para esse ciclo, que é de 4,6. No que se refere aos anos finais do ensino fundamental, a nota foi de 4,3, superando a meta prevista para o período. A taxa de escolarização de 6 a 14 anos foi de 97,1% (IBGE, 2018).

O município tem como salário médio mensal dos trabalhadores formais 2,7 salários mínimos. Há 23,7% de pessoal ocupado e 35,8% de percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário mínimo. Possui como Produto Interno Bruto (PIB) o valor de 35.093,70 reais (IBGE, 2018).

O Índice de Desenvolvimento Humano do Município (IDHM) é de 0,744. O IDH avalia a qualidade de vida de um município e o desenvolvimento econômico por meio de três componentes: renda; longevidade e educação (IBGE, 2018).

Há 79,3% de esgotamento sanitário adequado e 28,3% de urbanização de vias públicas (IBGE, 2018).

Em 17 de fevereiro de 2011, um novo pronto-socorro e setor de internação do hospital municipal passaram a funcionar, obra da prefeitura em parceria com as empresas *Kinross* e a Faculdade Atenas.

1.1.1 Financiamento do Sistema Único de Saúde

O município recebe financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), proveniente das três esferas de governo, federal, estadual e municipal, de acordo com determinação da Constituição Federal de 1988 (PARACATU, 2018).

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou o art. 198 da Constituição Federal, trata em seus artigos 6º (Estados e Distrito Federal) e 7º (Municípios e Distrito Federal) das bases de cálculo e aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde, com ressalva para o artigo 5º (União), que foi alterado conforme Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015, em seu art. 2º (PARACATU, 2018).

Existe como desafio um subfinanciamento do SUS fator este considerado um dos aspectos que complicam a execução dos princípios e diretrizes estabelecidas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90, que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”). O subfinanciamento compromete a oferta de serviços de saúde, assim como na possibilidade desta política permitir a elaboração de redes de atenção resolutivas e eficazes. Diante do cenário de crise econômica e de perda de postos de trabalho formais vivenciados pelo país, entende-se que um dos grandes desafios para o SUS nos próximos anos será o seu financiamento e a sua sustentabilidade (PARACATU, 2018).

Na Tabela 1 é possível identificar, comparativamente, as despesas do município em ações e serviços públicos de saúde, nos anos de 2013 a 2016.

Tabela 1 – Despesas do município de Paracatu, Minas Gerais, em ações e serviços públicos de saúde, no período de 2013 a 2016

BASE DE CÁLCULO	VALOR APLICADO	PERCENTUAL APLICADO	ANO
119.538.986,65	37.602.103,46	31,46%	2013
132.121.496,80	43.263.339,50	32,75%	2014
144.685.387,00	44.870.052,54	31,01%	2015
160.288.236,92	50.233.715,37	31,34%	2016

Fonte: Paracatu (2018).

Observa-se na Tabela 1 que comparativamente da aplicação de recursos de saúde, o ano de 2014 obteve 32,75%, índice esse superior à média dos últimos anos, que foi de 31,02%. Já na Tabela 2 é possível identificar, conforme Plano Plurianual (PPA), para o quadriênio de 2018-2021, os recursos financeiros disponibilizados para o município (PARACATU, 2018).

Tabela 2 – Recursos financeiros disponibilizados para o quadriênio de 2018-2021, conforme PPA, para o município de Paracatu, Minais Gerais

META FÍSICA/META FINANCEIRA					
PROGRAMA	2018	2019	2020	2021	Total estimado para o programa
Promoção e Prevenção da saúde do Cidadão	27.904.200,00	24.540.000,00	27.270.000,00	30.160.000,00	109.874.200,00
Diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde do cidadão	62.390.000,00	50.510.000,00	62.550.000,00	68.620.000,00	244.070.000,00

Fonte: Paracatu (2018).

Conforme se observa na Tabela 2, o total estimado para o programa de promoção e prevenção da saúde do cidadão, para o quadriênio foi de R$ 109.874.200,00; já em relação ao diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde do cidadão ficou na ordem de R$ 244.070.000,00 (PARACATU, 2018).

1.1.2 Controle Social

Os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde representam os espaços mais relevantes para conceber a participação e o controle social na implementação das

políticas de saúde em todas as dimensões de governo. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O principal instrumento de controle social do município é o Conselho Municipal de Saúde (CMS) - Quadro 1, regulamentado pela Lei nº 1.708, de 03 de maio de 1991, que dispõe sobre a criação organização e funcionamento do conselho municipal de saúde e dá outras providências. O CMS de Paracatu é atuante, são realizadas reuniões, a cada mês, com programação para quarta semana do mês, às quartas feiras (PARACATU, 2018).

Salienta-se que isso contribui para fiscalização e elaboração da política pública de saúde do Município.

Quadro 1 – Composição do Conselho Municipal de Saúde de Paracatu, Minas Gerais

Constituição do CMS
1 - Secretaria Municipal de Saúde
2 - Secretaria Municipal de Desenvolvimento e Ação Social
3 - Hospital Escola da Faculdade Atenas
4 - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE)
5 - Representantes dos Enfermeiros de Paracatu
6 - Representantes dos Agentes Comunitários de Saúde de Paracatu
7 - Associação dos Farmacêuticos e Bioquímicos de Paracatu
8 - Associação Brasileira de Odontologia – Seção Paracatu/MG
9 - Assembleia de Deus - Ministério Paracatu
10 - Faculdade Atenas
11 - Loja Maçônica Nova Luz Paracatuense
12 – FaculdadeTecsoma
13 - Associação de Apoio aos Produtores do Entre Ribeiros
14 - Pastoral da Criança – Setor Paracatu
15 - Rotary Club Paracatu
16 - Comunidade Quilombola Porto Pontal

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados na Secretaria Municipal de Saúde (2018).

No dia 28 de junho de 2017 foi realizada a VII Conferência Municipal de Saúde de Paracatu, com o tema: “Rede de Atenção à Saúde de Paracatu – MG”. Esta conferência permitiu o levantamento de 45 propostas de ação e aprovação de 39 que nortearam o Plano Municipal de Saúde (PARACATU, 2018).

Outro canal de participação popular, entre o cidadão e gestão, é a ouvidoria. Esta permite o aperfeiçoamento dos processos de trabalho e da assistência em saúde oferecida a população, consequentemente, há maiores chances de melhorias e maior resolutividade dos serviços de saúde.

A Ouvidoria do SUS no Município de Paracatu ainda é incipiente, sendo realizada por profissional habilitado, responsável pelo monitoramento e atendimento das demandas existentes. Na atualidade, este profissional está lotado no Hospital Municipal.

1.1.3 Redes de Serviços

Paracatu faz parte da Região de Saúde de Unaí e a Região Ampliada de Patos de Minas. Possui 21 equipes de Saúde da Família, na área urbana, com cobertura de Atenção Primária à Saúde de 60,18%, sendo que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta o mesmo percentual. No tocante da equipe de saúde bucal, a cobertura é de 42,31%, e se avaliada apenas a ESF há uma cobertura de 3,76%. O município conta com uma equipe de saúde bucal inserida na ESF e três Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas na zona rural, sendo: Posto de Saúde do São Sebastião, Morro Agudo e Lagoa de Santo Antônio (PARACATU, 2018).

Na área urbana existem 14 UBS distribuídas para atender a população, sete delas são contempladas com duas equipes de saúde da família, as outras contam com uma e, nem por isso, deixam de transcorrer seus acompanhamentos e atendimentos normalmente. O município dispõe também de serviços de referências que prestam atendimento ambulatorial nas especialidades, descritas no Quadro 2.

Quadro 2 – Serviços de atendimento ambulatorial e especialidades de referência no município de Paracatu, Minas Gerais

Serviços de Referência	Descrição
Clínica da Mulher e da Criança	• Ginecologia / Obstetrícia, Pediatria e Clínica Médica. Realiza exames como Mamografia, Eletroencefalograma, Ultrassonografia. Também é ofertada assistência em clínica médica no período noturno (horário estendido), para a população que não possui cobertura da atenção básica, além

	de atendimentos em angiologia, dermatologia e endocrinologia.
Centro de Saúde do Alto do Córrego	• Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia, Clínica Médica, Neurologia, Cardiologia. Realiza exames de Eletrocardiograma e Raio X, atendimentos em psicologia, fonoaudiologia e pequenas cirurgias.
Posto de Saúde Bela Vista	• Infectologia e Clínica Médica. É referência em atendimentos de Hanseníase, Tuberculose e Leishmaniose.
Clínica Rural	• Atua para os usuários da zona rural com serviço de clínica Médica. Oferta, também, assistência em clínica médica e enfermagem por meio de serviço itinerante, para este público, havendo definição de áreas específicas da área rural, sendo eleitos por meio de planejamento. Há o rodízio e escala definidos previamente. A periodicidade é quinzenal ou mensal.
Serviço de Diabetes	• Presta serviço de clínica médica para a população portadora de diabetes que não tem cobertura da atenção primária. Há a oferta de consultas com nutricionista e enfermeira para este público-alvo, além da liberação de insulina e insumos.

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados na Secretaria Municipal de Saúde (2018).

O município possui um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tipo II, que oferta atendimento em: psiquiatra, psicologia, terapia ocupacional, assistência social e enfermagem. O CAPS, tipo II, atende a cidades ou regiões com no mínimo de 70 mil habitantes. Relaciona-se a usuários de todas as faixas etárias, sendo considerados os diagnósticos de transtornos mentais graves e persistentes, inclusive àqueles pacientes que fazem uso de substâncias psicoativas.

O Centro de Hemodiálise de Paracatu realiza atendimento a 60 pacientes, com execução média de 633 sessões de diálises mensais. Nele, realizam-se, diariamente, testes para verificação da potabilidade e análise do sistema de tratamento de água e é disponibilizado transporte aos pacientes.

Há na cidade um espaço conhecido como Espaço Saúde em que há a oferta de atendimento por meio das Práticas Integrativas e Complementares (PIC), havendo atendimentos em: escalda pés, auriculoterapia, acupuntura sistêmica, auriculopuntura e auriculotapping, massagem relaxante, entre outros. Nesta unidade de saúde também são oferecidos atendimentos fisioterápicos e nutricional.

O atendimento ambulatorial nas demais especialidades médicas, assim como exames e procedimentos de média e alta complexidade ofertados pelo SUS são oferecidos por meio do setor de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), conforme determina a Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999, dispondo sobre a rotina do

mesmo no SUS, a partir da inclusão dos procedimentos específicos, constantes na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS, que se localiza na Secretaria Municipal de Saúde, conforme pactuação feita pelo Estado, Programação Pactuada Integrada (PPI), havendo como órgão regulador a Gerência Regional de Saúde (GRS) Unaí. E também pelo Consórcio de Saúde e Desenvolvimento dos Vales (CONVALES) do Noroeste de Minas. Os exames laboratoriais da atenção básica, na atualidade, são disponibilizados por meio do CONVALES, e a coleta do material é feita nas próprias UBS.

O Hospital Municipal de Paracatu é um hospital municipal geral, de caráter público. Conta com 91 leitos de internação, sete na maternidade e 26 leitos de observação no Pronto Socorro. Oferece atendimento em saúde nas seguintes áreas: cirurgia, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, ortopedia, neurologia, cardiologia, entre outros. Além disso, oferta atendimento de urgência e emergência, além de possuir uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Adulto.

Este hospital é referência para pacientes de Paracatu, Guarda-Mor, João Pinheiro, de acordo com a Programação Pactuada Integrada (PPI) e por intermédio da adesão a programas vinculados ao Estado de Minas Gerais como, por exemplo, Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais (PRO-HOSP) do Serviço Único de Saúde de Minas Gerais (SUS/MG). Cabe salientar, que o hospital municipal atua na demanda de acidentes automobilísticos que acontecem na BR 040 que cruzam as margens da cidade.

No atendimento do pronto socorro há a realização da Classificação de Risco – Protocolo de Manchester. No hospital também são feitos exames de tomografia computadorizada, radiodiagnóstico e ultrassonografia.

A Vigilância Sanitária do município compõe-se por diretor e fiscais de postura, que coadunam com a programação e diretrizes da Superintendência de Vigilância Sanitária do Estado de Minas Gerais, desempenhando ações como: inspeções em estabelecimentos de saúde, em serviços de alimentação, entre outras funções, com o objetivo de liberação de alvará sanitário, alvarás eventuais, trabalho de caráter

educacional com comércio ambulante e trabalhadores, de acordo com o perfil produtivo do município.

A Vigilância Epidemiológica desenvolve ações de notificação, monitoramento, investigação, prevenção e controle de doenças transmissíveis de relevância nacional. Contribui para o diagnóstico e análise de situação de saúde do Município, identificando os fatores determinantes e condicionantes, e promovendo subsídios para tomada de decisões e intervenções.

Tem-se, então, na Tabela 3, a rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS.

Tabela 3 – Rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS

Tipo de Estabelecimento	Total	Tipo de Gestão		
		Municipal	Estadual	Dupla
POSTO DE SAUDE	4	4	0	0
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	16	15	0	1
POLICLINICA	1	1	0	0
CONSULTORIO ISOLADO	3	3	0	0
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	2	2	0	0
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	4	4	0	0
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	1	1	0	0
HOSPITAL GERAL	1	1	0	0
SECRETARIA DE SAUDE	1	1	0	0
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	1	1	0	0
Total	34	33	0	1

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES (2018).

Conforme mostrado na Tabela 3, em relação ao registro dos estabelecimentos de saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), pontua-se a necessidade de atualização constante das informações no que se refere à alteração,

exclusão e inclusão de alguns estabelecimentos com vistas a manutenção de registros fidedignos, coerentes com as mudanças organizacionais realizadas.

Os registros repassados pelo Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Paracatu, no ano de 2016, demonstram que a Secretaria Municipal de Saúde apresentou o seguinte quadro de servidores: 670 profissionais efetivos, 28 profissionais afastados, 10 cargos comissionados e 284 contratados. Cabe salientar que houveram mudanças nestes quantitativos em decorrência das contratações, desligamentos e licenças médicas apresentadas no período.

O quadro de servidores possui várias categoriais profissionais, sendo as seguintes: médicos (clínico geral, ginecologista, nefrologista, cardiologista, ortopedista, urologista, angiologista, neurologista, pediatra, psiquiatra, infectologista, anestesista, etc.), enfermeiros, técnicos em enfermagem, farmacêuticos, bioquímicos, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, odontólogos, assistente social, técnicos em radiologia, entre outros.

Do mesmo modo que ocorreu com o cadastro de estabelecimentos de saúde, percebeu-se a necessidade de atualização do CNES em relação a inclusão e exclusão de determinados profissionais de saúde e modificação do vínculo empregatício. A alta rotatividade de profissionais é apontada como aspecto que dificulta a manutenção da atualização do sistema de informação.

É possível afirmar que os sistemas de informação em saúde têm como papel o monitoramento e coleta de dados, primordiais para o fornecimento de informações e respostas dos serviços de saúde, entre as ferramentas utilizadas pela epidemiologia citamos: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), entre outros.

A Assistência Farmacêutica no Município é feita por meio da Farmácia Central e de duas farmácias inseridas na atenção primária havendo uma na UBS do bairro Amoreiras e outra na unidade localizada no bairro Paracatuzinho. Nestes locais há a

distribuição de medicamentos básicos, conforme a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente e de acordo com a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). Além disso, também faz distribuição e controle dos medicamentos psicotrópicos. Enquanto isso, os medicamentos estratégicos e de alto custo liberados pelo Município e por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais são retirados na Secretaria Municipal de Saúde.

Paracatu possui o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), e há a disponibilização de residência em saúde da família e comunidade, cirurgia geral, pediatria, clínica médica e ginecologia e obstetrícia.

1.2 Aspectos da Comunidade Amoreiras

A comunidade que pertence a ESF Amoreiras, na qual a autora do presente trabalho está inserida, tem aproximadamente 4.730 habitantes e 1.429 famílias. Possui uma localização não muito Centrica na cidade, mas se encontra de fácil acesso até para quem não conta com transporte particular. Localiza-se próxima da área de exploração de minério, pelo qual todos os dias durante o expediente laboral, em horas programadas, se ouvem e percebem as bombas de dinamite rompendo as pedras. Hoje a maior população da área é de trabalhadores da mesma empresa vindo de várias regiões do país.

Cabe salientar que os habitantes de uma determinada área que a unidade cobre estão em constante mudança para outras localizações, devido a questões de trabalho, assim como também a localização recebe novos habitantes, apresentando constantemente variação na população daquela área.

A estrutura de saneamento básico na comunidade é bastante adequada na maior parte da comunidade, havendo a coleta de lixo e o esgoto sanitário. O maior percentual da população tem pelo menos o ensino fundamental. Os analfabetos fazem parte do grupo de indivíduos com mais de 40 anos e, mesmo assim, não é a maioria. Há uma incidência elevada de evasão escolar entre os menores de 14 anos.

As maiores partes das iniciativas de trabalho na comunidade provêm das igrejas, sendo voltados para crianças, mães e adolescentes. O trabalho de saúde na comunidade que pertence a ESF Amoreiras é realizado somente por uma equipe completa, incluindo uma equipe de saúde bucal, composta por dois odontologistas e uma técnica de saúde bucal.

Em relação ao saneamento básico da comunidade de Amoreiras, descreve-se, a seguir, o destino do lixo (Tabela 4), questões referentes ao tratamento de esgoto (Tabela 5) e ao acesso ao abastecimento de água potável (Tabela 6).

Tabela 4 – Total de lixo dispensado, em toneladas, segundo o destino de lixo e Microárea da UBS Amoreiras, localizada em Paracatu, Minas Gerais

Microárea	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**Total**
Coletado	254	280	230	249	207	209	**1.429**
Queimados/Enterrados							
Jogado							
Total	**254**	**280**	**230**	**249**	**207**	**209**	**1.429**

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB, 2018).

Os serviços de limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos estão sob responsabilidade da Prefeitura Municipal, por meio da Secretaria Municipal de Meio Ambiente (SEMEA). Observa-se que o total coletado nas Microáreas foi de 1.429 toneladas. Percebe-se, conforme dados coletados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), no ano de 2018, que não houve informações sobre lixos queimados/enterrado e jogado. Ressalta-se que o Município realiza coleta de lixo noturna, e utiliza balança para pesagem rotineira dos resíduos sólidos coletados.

O Município possui aterro sanitário, em conformidade com a Lei nº 12.305/10, que instituiu a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), alterada pela Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; que deu outras providências. E, há, também, o programa de coleta seletiva, realizado em parceria com catadores que se encontram organizados em associação, como exemplo, a Cooperativa de Trabalho dos Recicladores de Resíduos Orgânicos e Inorgânicos (COOPERCICLA) de Amoreiras.

Sendo assim, toda a área de abrangência da UBS-Amoreiras está coberta pela coleta de lixo e materiais de reciclagem, porém existe uma minoria da população que ainda jogam lixo em terrenos baldios, não podendo certificar-nos de quantas famílias realizam tal atitude.

Ainda se pode concluir que mesmo sabendo da importância da separação do lixo orgânico do reciclável uma minoria muito pequena realiza a separação de forma consciente.

Tabela 5 – Distribuição das famílias, segundo os dejetos (esgoto) e Microárea da UBS Amoreiras, localizada em Paracatu, Minas Gerais

Microárea	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Sistema público	250	270	230	247	207	209
Fossa	3	10		2		
Céu aberto	1					
Total	**254**	**280**	**230**	**249**	**207**	**209**

Fonte: SISAB (2018).

Conforme dados disponibilizados pelo Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), há no município 252,63 km de extensão da rede de esgoto, havendo um total de esgotamento sanitário de 63.656 habitantes, dentro do total de 73.772 habitantes e 24.015 ligações ativas de esgotos. O município cobre uma grande parte da população, porém, mesmo assim, na área de abrangência da UBS Amoreiras foi presenciado 15 famílias que estavam utilizando fossas para seus dejetos e uma família que utiliza o descarte a céu aberto.

Tabela 6 – Distribuição das famílias, segundo o abastecimento de água e Microárea da UBS Amoreiras, localizada em Paracatu, Minas Gerais

Microárea	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Sistema publica	254	280	230	249	207	209
Outro						
Total	**254**	**280**	**230**	**249**	**207**	**209**

Fonte: SISAB (2018).

Desde 1977, o abastecimento de água de Paracatu é feito pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA) e atende aproximadamente 86.000 pessoas, o que representa 93,04% da população. A captação é realizada por meio

do Ribeirão Santa Izabel e em onze poços profundos, que corresponde ao manancial responsável pelo abastecimento de água do Município. A sua bacia hidrográfica é definida como área de preservação, sendo protegida pelo Decreto Estadual n° 29587 de 1989, que cobre toda a área que pertence a UBS de Amoreiras.

Quanto a educação, aponta-se que 13,42% da população maior de 15 anos nunca frequentou a escola. A maioria dessas pessoas são idosas que na infância tiveram que escolher entre estudar e trabalhar para garantir o sustento individual e familiar, sendo ainda moradores de zona rural, o que dificulta ainda mais o acesso a centros educacionais. Tem-se ainda que com o passar dos tempos e o avançar da idade muitos sentiram vergonha de iniciar os estudos, alegando assim ser tarde demais. Outros até mesmo por comodismo não ingressaram as escolas, contando estas uma minoria da população.

A seguir, a tabela 7 apresenta o percentual da população analfabeta maior de 15 anos da população de Amoreiras, Minas Gerais.

Tabela 7 – Percentual da população analfabeta entre >15 anos, segundo a microárea de abrangência da UBS Amoreiras, localizada em Paracatu, Minas Gerais

Microárea	Percentual de analfabetos
1	3,47%
2	2,57%
3	2,75%
4	1,18%
5	1,79%
6	1,68%
TOTAL	13,42%

Fonte: Elaboração própria (2019), a partir da coleta de dados nas Fichas dos Pacientes da USB de Amoreiras (2018).

Dentro desse cenário, é importante mencionar a inexistência de crianças e adolescentes fora da escola.

1.2.1 Recursos Comunitários

Na comunidade que corresponde a UBS Amoreiras estão presentes os seguintes recursos comunitários: nove igrejas nas quais duas delas estão associadas a UBS para a realização de reuniões de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA); duas escolas públicas, sendo uma delas somente para o ensino fundamental e a outra direcionada para o ensino fundamental e médio; duas quadras de esportes com funcionamento diário; um estádio de futebol, onde ocorrem campeonato nos períodos de férias; três associações de moradores; e, uma creche e um Centro de Referência e Assistência Social (CRAS).

1.3 A Unidade Básica de Saúde da Família de Amoreiras

A UBS Amoreiras, foi inaugurada há cerca de nove meses, com espaço adequado para receber duas equipes de trabalho, mas pelo momento contamos somente com uma equipe de saúde da família. A estrutura física é bem aproveitada e está situada em uma rua de fácil acesso para a população por encontrar-se na parte traseira de um Atacado, sendo este muito frequentado pelos moradores da cidade. Atualmente, trata-se de uma instalação própria para a unidade, mas já esteve há cerca de 5 anos em uma casa de aluguel que foi adaptada. Portanto, os problemas estruturais estão inexistentes ou se estão, com alguma inadequação, são eles pequenos e irrelevantes podendo-se dar soluções.

A área da recepção é ampla, não havendo tumulto no balcão o que melhora o atendimento inicial, permitindo satisfação da população e dos trabalhadores. Não existe espera de paciente em pé para o atendimento.

Existe uma sala de reuniões adequada e ventilada, para realizar tanto reuniões de equipe como reuniões com a comunidade, além de permitir a atenção aos estudantes de enfermagem e medicina que passam pela unidade sob a supervisão de seus coordenadores. Algumas reuniões com a comunidade são realizadas em duas igrejas, conforme citado acima, para facilitar o acesso de idosos pertencentes a áreas mais distantes da UBS.

A Unidade Saúde está bem equipada, contando com recursos adequados para o trabalho da equipe. No entanto, pelo fato da unidade cobrir uma grande parcela da população, existe insatisfação por parte dos usuários por não conseguirmos realizar atendimento a todos no dia. Há a expectativa de uma nova equipe de trabalho para realizar redistribuição da área, gerando tema de discussão com a coordenação da ESF e a gestão municipal de saúde.

O horário de funcionamento da unidade é de 7:00 horas às 17:00 horas para todos os trabalhadores, cumprindo suas devidas obrigações. Os usuários, trabalhadores da comunidade, que terminam seu expediente às 18:00 horas têm como referência a Unidade de Clínica da Mulher que possui atendimento médico clínico das 17 horas às 22 horas e 30 minutos.

Há lotação na UBS de uma equipe de saúde da família, composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis ACS, dois odontólogos, uma auxiliar administrativa, um gerente, uma auxiliar de serviços gerais, um técnico de farmácia.

1.4 A Equipe de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde de Amoreiras

A equipe de saúde da família está formada pelos profissionais apresentados no Quadro 3, a seguir:

Quadro 3 – Quadro de profissionais da Equipe de Saúde da Família Amoreiras, pertencente a UBS Amoreiras, localizada no município de Paracatu, Minas Gerais

Profissionais	Descrição
ACS micro-área 01	• ACS que atua a micro-área 01. Estudou ensino médio completo. A Micro-área conta com 794 pessoas cadastradas e 254 famílias.
ACS micro-área 02	• ACS há um ano. Fez ensino médio completo. Trabalha com a micro-área 02 que tem 997 indivíduos e 280 famílias cadastradas.
ACS micro-área 03	• ACS há sete anos. Estudou o ensino médio completo. Atua na micro-área 03 que tem 724 pessoas cadastradas e 230 famílias.
ACS micro-área 04	• ACS da micro-área 04. Estudou até o ensino médio e realizou curso de técnica em enfermagem. Possui 249 famílias cadastradas e 869 pessoas.

ACS micro-área 05	• ACS há 5 anos. Atende a micro-área 05 na qual contam com 207 famílias e 672 indivíduos. Estudou ensino médio completo.
ACS micro-área 06	• ACS há 18 anos, estudou Auxiliar em Enfermagem e no último ano culminou o curso de Técnico em Agente de Saúde. Com atenção a microárea 06 que possui 209 famílias e 674 pessoas cadastradas.
Médica	Profissional da equipe há 6 meses.
Enfermeira	Profissional da equipe há 5 anos
Técnica de Enfermagem	Profissional da equipe há 8 anos
Cirurgiã Dentista	• Trabalha na unidade há 10 anos, atende crianças até 12 anos e adolescente até 17 anos.
Cirurgiã Dentista	• Trabalha na unidade há 11 anos, atende adultos.
Técnica de Saúde Bucal	• Atende também como auxiliar consultório por falta desse profissional. Atua na unidade há 9 anos.

ACS = Agente comunitário de saúde

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados na Secretaria Municipal de Saúde (2018).

A equipe de saúde da família possui 4.730 pessoas habitantes e 1.429 famílias cadastradas. Quanto aos aspectos sociodemográficos descreve-se na Tabela 8, apresentada a seguir.

Tabela 8 – Aspectos demográficos da comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família Amoreiras, pertencente a UBS de Amoreiras, localizada no município de Paracatu, Minas Gerais

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0-1 ANO	39	25	64
1-4 ANOS	150	112	262
5-14 ANOS	297	306	603
15-19 ANOS	240	225	465
20-29 ANOS	467	487	954
30-39 ANOS	383	355	738
40-49 ANOS	306	343	649
50-59 ANOS	273	277	550
60-69 ANOS	118	120	238
70-79 ANOS	65	67	132
80 ANOS E MAIS	43	32	75
TOTAL	**2.381**	**2.349**	**4.730**

Fonte: Dados de cadastro familiar (2018).

Percebe-se que a faixa etária de 20-29 anos é a que possui maior predominância, sendo o gênero feminino com um maior número nessa faixa etária. Entretanto, a predominância no geral é do gênero masculino, apesar que há uma pequena diferença quantitativa entre os gêneros, na ordem de 1,31% para o gênero

masculino. E, no que diz respeito a faixa etária da comunidade que é atendida na equipe Amoreiras da UBS Amoreiras, segundo microárea, descreve-se de acordo com a Tabela 9.

Tabela 9 – População, segundo faixa etária e microárea de abrangência, da comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família Amoreiras, da UBS de Amoreiras, localizada em Paracatu, Minas Gerais

FAIXA ETÁRIA	MICRO 1	MICRO 2	MICRO 3	MICRO 4	MICRO 5	MICRO 6
0-1 ANO	13	19	11	11	03	07
1-4 ANOS	48	39	35	68	29	43
5-14 ANOS	100	161	61	116	83	82
15-19 ANOS	123	98	56	87	47	54
20-29 ANOS	161	223	134	178	134	124
30-39 ANOS	138	159	108	120	108	105
40-49 ANOS	80	130	116	121	94	108
50-59 ANOS	65	96	110	99	93	87
60-69 ANOS	29	40	54	32	46	37
70-79 ANOS	16	22	29	24	27	14
80 ANOS E MAIS	21	10	10	13	08	13
TOTAL	**794**	**997**	**724**	**869**	**672**	**674**

Fonte: Dados de cadastro familiar (2018).

A microárea 2 possui o maior quantitativo de residentes, com um total de 997 pessoas, seguida da microárea 4. Há predominância de uma população jovem-adulta, com uma faixa etária entre os 20 a 59 anos.

Tem-se ainda o seguinte perfil epidemiológico da área de abrangência da UBS Amoreiras, descrito na Tabela 10.

É possível observar que em relação ao perfil da área de abrangência existe um total de 445 pacientes que possuem mais de 60 anos e a maior parte deles estão vivendo na microárea 3. A maior proporção da população alvo para rastreamento do câncer de colo uterino vive na microárea 2 e possui uma totalidade de quase a metade da população feminina do território. Já para o câncer de mama a maior parte das mulheres pertence a microárea 3 e em relação ao o câncer de próstata a maior proporção vive na microárea 5.

Tabela 10 – Perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF Amoreiras, pertencente a UBS Amoreiras, localizada no município de Paracatu, Minas Gerais

Indicadores	**Micro1**	**Micro 2**	**Micro 3**	**Micro 4**	**Micro 5**	**Micro 6**	**Total**
Proporção de idosos Pop.60 anos e mais/pop total	66	72	93	69	81	64	445
População alvo para rastreamento de câncer de mama.	94	136	164	131	139	124	788
População alvo para rastreamento câncer de colo	175	267	209	244	174	177	1.246
Populaçãoalvo para rastreamento de câncer de próstata	58	66	96	70	138	66	494
Portadores de hipertensão esperados	102	136	112	118	102	98	666
Portadores de hipertensão arterial cadastrados SISAB	120	117	96	98	109	87	627
Relação hipertensos esperados/cadastrados	0,85	1,16	1,16	1,20	0,93	1,12	6,7
Portadores de diabetes esperados	51	68	56	59	51	49	334
Portadores de diabetes cadastrados SISAB	25	26	28	14	36	20	149
Relação diabéticos esperados/cadastrados	2,04	2,61	2	4,21	1,41	2,45	14,72

Fonte: Dados de cadastro familiar (2018).

Entre as principais causas de morte na comunidade, se pode constatar que a primeira causa é para indivíduos portadores de doenças cardiovasculares que se complicaram principalmente com Acidentes Vascular Encefálico (AVE), seja ela pelo curso da doença ou até mesmo por má adesão ao tratamento, seguida por doenças cancerígenas e as por armas de fogo. Esta causa tem maior relação com uma microárea que se concentrada a maior parte de usuários de drogas e traficantes. E, apesar de haver muito próximo da comunidade uma mineradora, esta não tem causado tantos óbitos por afecções respiratórias, estando esta em uma quarta posição junto com o Diabetes Mellitus (DM) e suas complicações.

As internações ocorrem principalmente devido a cardiopatias descompensadas, principalmente naqueles pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que se complicam devido à patologia não ser bem controlada, ocorrendo principalmente Crises Hipertensivas e AVE. Há também a existência de um grande número de internações em pacientes com dependência de drogas para tratamentos

de desintoxicação no centro de referência que é acompanhado pelos serviços de psiquiatria.

Outra causa frequente de internações refere-se às infecções respiratórias, principalmente em pacientes idosos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônicas (DPOC) e com infecções do trato respiratório, como as pneumonias. Os cânceres, cirurgias eletivas e a DM também incrementaram seus numeradores nos últimos meses.

Em relação às doenças de notificação, nos últimos meses do ano de 2017, houve um aumento nas notificações dos casos de conjuntivite sendo ela viral e bacteriana, além das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) que demonstraram uma mudança em seus marcadores, principalmente havendo a ocorrência durante a gestação.

A realização dos testes rápidos para estas infecções, constatou estar diante de uma comunidade na qual os jovens requerem mais atenção. Foi realizado pela equipe Amoreiras um trabalho junto à comunidade sobre IST, marcando este aspecto e o uso dos métodos de proteção.

Por fim, apesar das taxas de mortalidade infantil terem sido relatadas como baixas, muitas das mães acreditam ser desnecessário o pré-natal e demonstram pouco interesse, tornando assim muito difícil o acompanhamento e trazendo sérios problemas ao nascer.

Ressalta-se que isso ocorre apesar da Atenção Primária ofertar um pré-natal adequado para as gestações de baixo risco e as de alto risco serem encaminhadas a atenção especializada.

1.5 O Funcionamento da Unidade de Saúde de Amoreiras: Dia a Dia da Equipe da Unidade Básica de Saúde de Amoreiras

O trabalho da equipe de saúde da família, está destinado ao atendimento de demanda espontânea todas as manhãs e no turno da tarde destinada a atenção pré-natal, puericulturas, atendimento a hipertensos e diabéticos e outras afetações crônicas em demanda programada, além de visitas domiciliares. Desenvolve-se outras atividades como grupo de atividade física, três vezes por semana, em conjunto com a secretaria de deporto e grupo de tabagismo.

Os grupos de HIPERDIA estão condicionados para a troca de receitas, com a finalidade de evitar que no atendimento de demanda espontânea estes pacientes procurem a UBS somente para esta solicitude e, consequentemente, ocupem o espaço de um paciente que busca outro tipo de atenção médica, principalmente para a atenção dispensada aos pacientes com outras patologias, a exemplo, o DM, que junto às microáreas, a cada mês, são realizados atendimentos, incluindo, os atendimentos aos pacientes para o programa do antitabagismo, que desejam parar de fumar.

As reuniões em equipe para discutir os casos dos usuários, as melhorias e as dificuldades vivenciadas pela equipe são realizadas atualmente a cada 15 dias, apesar de estarem programadas para todas as semanas, porém, devido ao fluxo de trabalho, muitas vezes é incompatível com o tempo. Percebe-se que existe falta de perspectiva de mudança o que causa desgaste da equipe e terminam ficando na mesma rotina diária.

A UBS Amoreiras conta com 1.429 famílias e foram realizadas por parte dos Agente Comunitário de Saúde (ACS) 11.751 visitas no ano de 2017, com um cálculo de 8,22 visitas por família durante o ano, conforme apresentado na Tabela 11.

Tabela 11 – Relação de visitas domiciliares, por família e anuais, realizadas pela ESF Amoreiras, pertencente a UBS Amoreiras, município de Paracatu, Minas Gerais, no ano de 2017

	FAMILIAS	**VISITAS ANUAIS**	**VISITAS/FAMILIA/ANO**
ESF	1.429	11,751	11,751/1,429/8,22
TOTAL	1.429	**11,751**	**11,751/1,429/8,22**

Fonte: Elaboração própria (2019), a partir da coleta de dados pelo registro no sistema e fichas de visita domiciliar da USB de Amoreiras (2018).

Além disso, apresenta-se o número de visitas anuais realizadas pelos ACS, quando do atendimento domiciliar, por micro-área, de acordo com a Tabela 12.

Tabela 12 – Relação de visitas domiciliares realizadas pelos ACS, por microárea, segundo o total de famílias, visitas anuais e visitas/família/ano, no ano de 2017, pertencente a equipe Amoreiras, da UBS Amoreiras, município de Paracatu, Minas Gerais

MICROÁREA	FAMILIAS	VISITAS ANUAIS	VISITAS/FAMILIA/ANO
1	254	2,015	2,015/254/7,93
2	280	2,040	2040/280/7,28
3	230	2,010	2010/230/8,73
4	249	1,790	1,790/249/7,18
5	207	1,896	1,896/207/9,15
6	209	2,000	2,000/209/9,56

Fonte: Elaboração própria (2019), a partir da coleta de dados pelo registro no sistema e fichas de visita domiciliar da USB de Amoreiras (2018).

Em uma distribuição anual ocorreram entre 7,18 a 9,56 visitas, de acordo com a microárea, a cada família durante o ano de 2017.

Outro dado referente ao atendimento da equipe refere-se ao número total de consultas médica e de enfermagem realizadas, segundo os programas de assistência à saúde da ESF, conforme apresentado na Tabela 13.

Tabela 13 – Distribuição de consultas médica e de enfermagem, segundo os programas de assistência à saúde da ESF Amoreiras, UBS Amoreiras, Paracatu, Minas Gerais, no ano de 2017

	ESF1	Total
Puericultura	384	384
Pré-natal	384	384
Hipertensão	614	614
Diabetes	307	307
Câncer	168	168
Tuberculose	0	0
Hanseníase	0	0
TOTAL	**1,857**	**1,857**

Fonte: Elaboração própria (2019), a partir da coleta de dados no sistema de registro e registro simplificado interno da UBS Amoreiras.

Percebe-se que a assistência aos hipertensos tem quase o dobro dos atendimentos de outros programas, seguido da puericultura, pré-natal e diabetes.

O pré-natal de baixo risco que é realizado na UBS cobre 70% das mulheres gestantes, os outros 30% estão em acompanhamento de alto risco com a atenção especializada e há uma pequena porção de mulheres que não querem realizar seu pré-natal, por crerem que seja desnecessário e, outra parte, realiza em rede privada o acompanhamento pré-natal. As puericulturas dão cobertura a 88% das crianças de 0-2 anos de idade, os outros 12% são atendidos em redes privadas ou não trazem seus filhos nas consultas por ter um pensamento errôneo de que se não estão doentes não necessitam acompanhamento (PARACATU, 2018).

A Unidade conta com parcerias do CRAS e o Centro de atividade física que acompanha os pacientes nas atividades físicas, duas vezes na semana. Tem, também, o Projeto EmagreSer com parceria com nutricionista, psicóloga e técnica em auriculopuntura, dando acompanhamento a um pequeno grupo de obesos.

1.6 Estimativa Rápida: Problemas de Saúde do Território e da Comunidade

Foi realizado um diagnóstico situacional da comunidade, por meio do método de estimativa rápida, para identificar os principais problemas que afetam a população, a fim de propor um projeto de intervenção com vistas a melhoria da qualidade de saúde da população.

Entre os vários problemas identificados no diagnóstico da situação de saúde, na USB Amoreiras, destaca-se pela equipe: alta prevalência de pacientes com HAS, os quais não têm uma adequada adesão ao tratamento o que origina falta de controle da doença e maior risco de aparecimento de complicações; alta prevalência de DM com tratamentos irregulares que favorecem às complicações; baixo nível de escolaridade na população adulta; e, alta prevalência de uso indiscriminado de ansiolíticos.

O diagnóstico diário tem confirmado essa problemática que incide, também, em outras patologias associadas, como principal, as dislipidemias e obesidade, ocasionada por uma má alimentação, conforme se encontra descrito no Quadro 4.

1.7 Priorização dos Problemas: A Seleção do Problema para Plano de Intervenção

Quadro 4 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à ESF Amoreiras da UBS Amoreiras, município de Paracatu, Minas Gerais

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de pacientes com HAS sem controle adequado	Alta	7	Parcial	1
Alta prevalência de DM com tratamentos irregulares	Alta	5	Parcial	2
Baixo nível de escolaridade população adulta	Alta	4	Parcial	3
Alta prevalência/uso indiscriminado de ansiolíticos	Alta	3	Parcial	4
Má alimentação o que ocasiona dislipidemia e obesidade	Alta	2	Parcial	5

Fonte: Elaboração própria (2018).

*Alta, média ou baixa
** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30
***Total, parcial ou fora
****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

A justificativa para traçar um plano de intervenção para a UBS de Amoreiras está na compreensão de que a HAS descompensada, com regularidade, se relaciona a alterações metabólicas, funcionais e/ou da estrutura dos órgãos-alvo, podendo ser complicada se houver outros fatores de risco (FR), como intolerância à glicose e DM, obesidade abdominal, dislipidemia, conforme mostraram os estudos de Lewington *et al.* (2013) e Weber *et al.* (2014).

Associa-se, assim, com eventos como AVE, estando presente, conforme dados americanos, em 77% dos casos, com 75% das insuficiências cardíacas (IC), com 69% dos infartos agudos do miocárdio (IAM), 60% das doenças arteriais periféricas (DAP), com as doenças renais crônicas e morte súbita, situações estas fatais e não fatais, justificando a implantação de um plano de intervenção (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

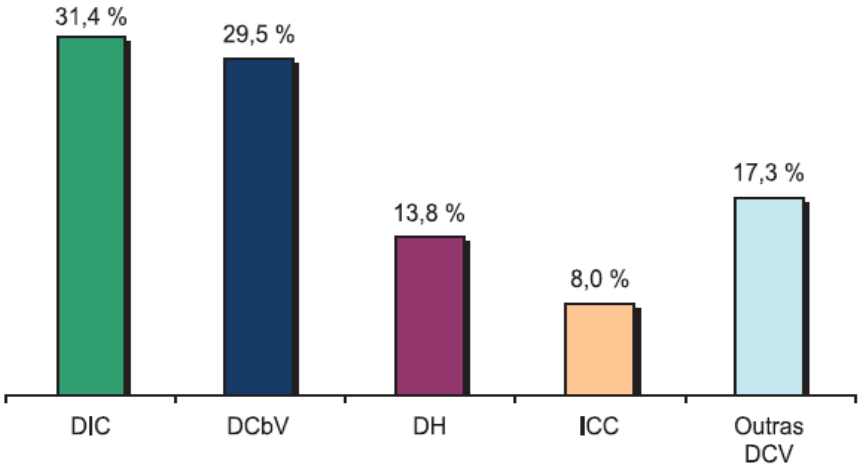
Além disso, os mesmos estudos mostraram que a HAS tem sido responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes relacionadas aos AVE.

No Brasil, as doenças associadas como as doenças do coração, especialmente as que produzam arritmias, são as que mais trazem preocupação para os órgãos públicos de saúde, pois houve demonstração que a HAS acomete 32,5% (36 milhões) dos adultos, além de mais dos 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por Doença Cardiovascular (DCV) (SCALA *et al.*, 2015).

Não diferente, recentemente, os estudos de ABEGUNDE *et al.* (2017) evidenciaram que no ano de 2013, houve 1.138.670 óbitos, dos quais 29,8% provenientes de DCV, a principal causa de morte no país, conforme apresentado na Figura 1.

Observa-se que 13,8% das mortes têm como origem as doenças hipertensivas sendo as demais causas relacionadas com a descompensação da HAS, como já dito. Tem-se ainda que as DCV têm como responsabilidade a alta frequência de internações, gerando elevados custos socioeconômicos.

Figura 1 – Taxa de mortalidade no Brasil por doença cardiovascular (DCV) e distribuição por causas no ano de 2013. Doenças isquêmicas do coração (DIC); Doença cerebrovascular (DCbV); Doenças hipertensivas (DH); Insuficiência cardíaca congestiva (ICC)



Fonte: ABEGUNDE *et al.* (2017).

Na comunidade de Amoreiras esta situação não se difere. Aponta-se que as internações se devem, especialmente, a cardiopatias descompensadas, principalmente nos portadores de HAS que se complicam devido a patologia não bem controlada, nos quais se apresentam com Crises Hipertensivas e AVE.

Há na área de abrangência 627 casos de portadores de HAS cadastrados. Tem-se que há 2.891 dos usuários estão na faixa etária de 20 a 59 anos. Destes, 275 pacientes possuem HAS, o que representa 9,5% da população nesta faixa etária. Enquanto isso, entre os 445 idosos presentes na área de abrangência se constata que em 79,1% dessa população prevalece a patologia, correspondendo a 352 indivíduos. Espera-se, mediante o que aponta as estatísticas que haja 25,8% de diagnosticados entre 20-59 anos, e que na faixa etária de idosos haja um 52.5% de hipertensos (MINAS GERAIS, 2010).

A porcentagem da população jovem-adulta apesar da realidade atual ser baixa, vem crescendo a cada dia. Além disso, isto demonstra que a equipe ainda tem pouco conhecimento dos casos de hipertensos na população adulta jovem o que

demonstra a necessidade de ampliar o controle da HAS. Já a população idosa sobrepassa as estatísticas esperadas.

Entende-se, então, que um plano de intervenção nesta área propiciará que a avaliação inicial de um paciente com HAS passe a incluir a confirmação do diagnóstico, a suspeita e a identificação de causa secundária, além da avaliação do risco CV.

A pretensão com o referido plano consiste, também, na identificação das lesões de órgão-alvo (LOA) e doenças associadas às quais devem ser investigadas, fazendo parte dessa avaliação a medição da pressão arterial (PA) no consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica adequada e equipamentos validados, história médica (pessoal e familiar), exame físico e investigação clínica e laboratorial.

A proposta desse plano de intervenção, em face da incidência de HAS na população estudada é de avaliações gerais dirigidas a todos e, em alguns casos, avaliações complementares apenas para grupos específicos.

Face ao exposto, compreende-se que se justifica a implantação de um plano de intervenção na UBS Amoreiras.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Implantar um plano de intervenção para atuar no controle da HAS junto à população atendida na UBS Amoreiras, localizada no município de Paracatu, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um plano de intervenção junto aos pacientes atendidos na UBS Amoreiras, no município de Paracatu, Minas Gerais.

Os procedimentos metodológicos foram distribuídos nas seguintes etapas, a saber: diagnóstico situacional, identificando os problemas e elencando um problema com maior relevância, urgência e com capacidade de enfrentamento por parte da equipe de saúde da família; revisão bibliográfica da literatura e plano de intervenção.

A revisão de literatura se deu por meio de buscas de informações cientificas sobre o tema, no período de 2008 a 2018, nos bancos de dados *Scientific Electronic Library online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do Ministério da Saúde, utilizando os seguintes descritores: Hipertensão; Doença Crônica; Atenção Primária à Saúde.

Por fim, foi elaborado um projeto de intervenção baseado nos dez passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme os textos do módulo do Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2017).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para a revisão bibliográfica foram discutidos dois pontos relacionados à temática: ESF e atenção primária à saúde e HAS; aos quais são articulados entre si, permitindo uma melhor compreensão acerca do que diz a literatura sobre o problema analisado.

5.1 Estratégia Saúde da Família (ESF) e Atenção Primária à Saúde

Para que a ESF se efetive faz-se necessário delinear diretrizes que deem suporte as diferentes ações a elas relacionadas. Tem-se como estratégia central a definição de território adscrito, com organização do processo de trabalho envolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (MONKEN; BARCELLOS, 2015). Isso permite aos gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS compreender a dinâmica dos lugares e dos indivíduos e coletivo, transparecendo as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde (GONDIM; MONKEN, 2012).

O território define a adstrição dos usuários. Isso propicia que se estabeleçam relações de vínculo, confiança e afetividade entre indivíduos e profissionais de saúde e, assim, permita garantir a continuidade, a longitudinalidade e a resolutividade das ações de saúde (BRASIL, 2011).

Os cuidados dispensados na Atenção Básica/ESF são considerados como complexos, porque cabe a equipe compreender primeiro as necessidades de saúde da população, não somente no nível individual, mas, também, na coletividade, pois somente diante dessas informações será possível que as ações estratégicas traçadas fluam na saúde e, consequentemente, na autonomia das pessoas, estando em consonância com os determinantes e condicionantes de saúde da comunidade, na vigilância à saúde, no território delimitado e na população adstrita, conforme mostraram os estudos de Schimith e Lima (2014).

As ações estratégicas traçadas para a área de saúde, na Atenção Básica, é a principal porta de entrada do sistema de saúde, do qual tem seu início a partir do

acolhimento, da escuta e, sobretudo, da oferta de resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde diagnosticados na população estudada, com a finalidade de diminuir não somente os danos, mas, também, os sofrimentos advindos das patologias existentes, sendo responsável por efetivar o cuidado, na observância de garantir sua integralidade (BRASIL, 2011).

No entanto, necessário se faz que o trabalho seja realizado em equipe e que esta assuma a responsabilidade sanitária na área de atuação, a soma dos saberes existentes na equipe possibilitará, dentre outros aspectos, a concretização e a efetivação dos cuidados à saúde da população, junto aos territórios previamente definidos (BRASIL, 2011).

Complementando, o referido autor salienta que a equipe de saúde, considerando a estrutura da ESF, é considerada como um dos pilares que promove a mudança do atual modelo hegemônico utilizado no cenário brasileiro na área de saúde. O ponto de partida é que esta equipe interaja de forma constante e intensa, nas diversificadas categorias de trabalho e atuação, mostrando a relevância da diversidade de conhecimentos e habilidades intrínsecos a cada função desempenhada, que interajam, consequentemente, no cuidado dispensado ao usuário.

Schimith e Lima (2014) afirmam que tendo em vista a alta complexidade do trabalho em equipe, é necessário observar as mudanças ocorridas ao longo dos anos, sobretudo, no que diz respeito à globalização das doenças, as diferenciadas práticas de saúde e dos hábitos da vida cotidiana, solicitando da equipe de saúde que esta, de forma constante, se atualize, porque somente dessa forma será possível efetivar as ações estratégicas traçadas.

5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Em uma breve descrição do que é HAS, estudos feitos por Lewington *et al.* (2013) e Weber *et al.* (2014) salientaram ser uma condição clínica multifatorial que tem características de elevação sustentada dos níveis pressóricos superior a 140 e/ou 90

mmHg, associada, de forma frequente, a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo. Por ser uma doença crônica com origem multifatorial, também, pode ter seu agravamento mediante o surgimento de diversos fatores de risco, a exemplo, da dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM, podendo, dependendo da patologia adquirida, chegar à morte súbita do paciente.

De acordo com Weitz *et al.* (2016) seu diagnóstico se dá mediante a consulta e anamnese com a medição do peso, da circunferência abdominal, da aferição da PA em repouso, da frequência cardíaca, procedendo ao cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), junto ao paciente.

Considerando o cenário brasileiro, reportando-se aos estudos elaborados pela 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), em 2016, que junto à população estudada, o entendimento é da existência de variações de prevalência da HAS, inclusive sendo esta, confirmada mediante 40 estudos transversais e de coorte, feitos anteriormente por Pìcon *et al. (*2012) quando, nas últimas três décadas, ficou demonstrado a tendência relacionada à diminuição da prevalência da HAS na ordem percentual de 36,1% para 31,0%.

Não diferente, no cenário brasileiro, em seis capitais, um estudo com 15.103 servidores públicos quando foi observada a prevalência de HAS em 35,8%, sendo a predominância no gênero masculino (40,1%) em relação ao gênero feminino (32,2%) (PICON *et al.*, 2012).

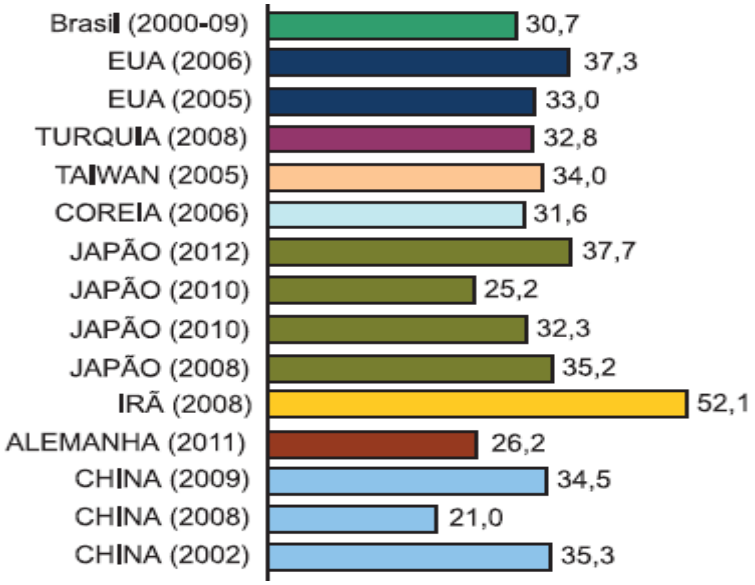
As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste tiveram maiores prevalências de HAS autorreferida, sendo 23,3%, 22,9% e 21,2%, respectivamente, diferenciando-se dos valores percentuais analisados no Nordeste (19,4%) e Norte (14,5%), que foram bem menores, conforme dados coletados pela pesquisa do Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas (VIGITEL) elaborados no período de 2006 a 2014, com indivíduos compreendidos na faixa etária entre 18 a ≥ 75 anos (BRASIL, 2014).

Quanto ao conhecimento, tratamento e controle uma revisão, elaborada por Scala *et.al* (2015) aponta que as taxas de conhecimento (22% a 77%), controle (10,1% a

35,5%) da PA e tratamento (11,4% a 77,5%), também tem uma elevada variação, de acordo com população estudada.

Importante mencionar, brevemente, a questão da incidência da pré-hipertensão (PH) que se caracteriza como uma condição por pressão arterial sistólica (PAS) entre 121 e 139 e/ou pressão arterial diastólica (PAD) entre 81 e 89 mmHg, conforme mostraram os estudos de Chobanian, Bakris e Black (2013). Mas, segundo estudos feitos por Egan e Stevens-Fabry (2015) a prevalência no mundo oscilou de 21% a 37,7% com restrição ao Irã (52,1%), conforme mostra a Figura 2.

Figura 2 – Prevalência de PH em %, nos principais países



Fonte: Egan e Stevens-Fabry (2015).

Todavia, considerando a Figura 2, não se pode deixar de mencionar que a incidência em percentual para o Brasil, no período de 2000 a 2009 foi na ordem de 30,7%, acompanhando a média dos demais países analisados. Diga-se de passagem, que essa taxa é considerada pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde como uma taxa alta.

A consequência clínica desses resultados epidemiológicos, segundo Weber *et al*. (2014) é que deve haver um monitoramento bem próximo dos indivíduos com pré hipertensão, já que uma relevante parcela desses indivíduos terá HAS e suas complicações. E, determinados FR para o desencadeamento da HAS devem ser

considerados, a exemplo, da idade, sexo e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal e álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética, dos quais se encontram brevemente descritos no Quadro 5.

Quadro 5 – Alguns fatores de risco para desenvolvimento da HAS

Fatores de Risco	Descrição
Idade	A idade se configura como um dos fatores de ação direta e unidimensional existente entre o envelhecer e a prevalência de HAS, na qual tem relação, no cenário brasileiro, à elevação da expectativa de vida da população, que passou para 74,9 anos; e, também, os idosos que aumentaram de população (de 6,7% para 10,8%) com idade superior a 60 anos, nos últimos 10 anos, com uma taxa percentual de 4,1%, sendo que no Brasil a taxa de prevalência de HAS é de 68% (KHAN *et al.*, 2011; NAIDOO; SMIT, 2012).
Sexo e etnia	Existe diferença da prevalência de HAS autorreferida quando considerado os gêneros e etnias, sendo mais elevada no gênero feminino (24,2%) e as de raça negra/cor preta (24,2%), comparativamente com a prevalência dos adultos declarados como pardos (20,0%), e que não são considerados brancos (22,1%), descritas nos estudos de Sordo *et al.* (2014), que é muito mais elevada do que foi evidenciada nos estudos ELSA-Brasil (TRUELSEN *et al*., 2017), cuja prevalência foi para brancos de 30,3%, pardos de 38,2% e negros 49,3%.
Excesso de peso e obesidade	Estudos feitos em 2014, pelo VIGITEL, mostraram o aumento nos últimos 10 anos de elevação da HAS (52,5%) em decorrência do aumento de peso, onde o IMC foi superior a 25 kg/m^2. Para IMC ≥ 30 kg/m^2 a taxa de HAS evidenciada foi de 17,9%, sendo mais incidente no gênero feminino, com idade compreendida entre 35 a 64 anos (ZHAO *et al.*, 2011).
Ingestão de sal	Um dos mais relevantes fatores de risco para a elevação da HAS é a ingestão em excesso de sódio (4,7g de sódio/pessoa/dia, a partir de 2.000 Kcal de consumo diário), com associação de ocorrências de doenças CV e renais (FITZGERALD, 2013; GAHLINGER, 2014). O consumo excessivo de sódio, foi identificado através da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), com dados coletados em 55.970 domicílios, mostrando o excesso superior a duas vezes em relação ao consumo máximo recomendado, que é de 2 g/dia), mostrado nos estudos de Connors e Hoffman (2013).
Ingestão de álcool	A PA tem uma elevação significativa a partir do consumo crônico e, também, elevado de bebidas alcoólicas, comprovado através de 16 estudos feitos por Challiner *et al.* (2014) com 33.904 homens e 19.372 mulheres, a partir da comparação da intensidade de consumo entre àqueles que bebiam e os que não bebiam, cujo resultado foi de risco para o gênero feminino de HAS a partir do consumo de 30-40g de álcool/dia; e, para o gênero masculino o risco foi bem maior, com consumo de álcool de 31g de álcool/dia, elevando a HAS para 22%.
Sedentarismo	O sedentarismo, também, é um dos fatores de risco para a elevação da HAS, mostrado em diversos estudos, como os de Hawkins (2011) e, posteriormente, de James *et al.* (2015), revelando prevalência de 66,9% e 75,8%, respectivamente; sendo 46% do gênero masculino e 51,5% do gênero feminino que não praticam nenhum tipo de atividade física.
Fatores Socioeconômicos	Estudos elaborados por James *et al.* (2015), evidenciaram que há correlação com os dados socioeconômicos e a elevação da HAS, sobretudo, para aqueles com menor instrução, sendo este percentual de 31,1%, diminuindo para as que detêm um pouco mais de formação, como as pessoas com superior completo, cujo índice identificado foi de 18,2%. Mas, recentemente, os estudos da SBC (2016) e, posteriormente por Truelsen *et al*. (2017) mostraram uma significativa elevação na HAS em

	pessoas com nível escolar e de conhecimento maior, onde a prevalência foi de 35,8%, com maior incidência no gênero masculino.
Genética	Em termos genéticos, estudos elaborados pela 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016), mostraram que no cenário brasileiro há um impacto de polimorfismos genéticos quando da análise na população de quilombolas, bem como a forte miscigenação que dificulta a identificação de um padrão genético associado ao aumento da HAS.

Fonte: Elaboração própria (2019) a partir dos estudos de Zhao *et al.* (2011); Hawkins (2011); Khan *et al.* (2011); Naidoo (2012); Fitzgerald (2013); Connors e Hoffman (2013); Sordo *et al*. (2014); Gahlinger (2014); Challiner *et al.* (2014); James *et al*. (2015); Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) e Truelsen *et al.* (2017), Sordo *et* al. (2014) e Hawkins (2011).

No que diz respeito ao tratamento dispensado para a HAS, este inclui o medicamentoso e não medicamentoso. Em relação ao medicamentoso, quando a PA se encontrar elevada a abordagem terapêutica deve, necessariamente, incluir a utilização de fármacos para hipertensão e medidas não medicamentosas, com a finalidade principal de redução da PA, bem como propiciar a proteção aos órgãos-alvo, que resultará na prevenção de doenças CV e renais (MANCIA *et al*., 2013; JAMES *et al.*, 2014).

A base do que pode ser decidido para a terapêutica é não somente o nível da PA, mas, também, a consideração acerca da presença de outros fatores de riscos como a LOA e/ou DCV, previamente estabelecida, onde a adoção do tipo de medicação controle para a HAS consiste na redução da morbimortalidade por doenças CV (MANCIA *et al.*, 2013; GAHLINGER, 2014; JAMES *et al.*, 2015).

Estudos recentes elaborados pela 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2016) e Truelsen *et al.* (2017) evidenciaram, mediante análises de estudos clínicos, diversos benefícios do tratamento medicamentoso com a utilização de diuréticos (DIU), de inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e, também, de bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II, sendo estes medicamentos, na maioria dos estudos realizados, usados com associação, na perspectiva do emprego e utilização de um determinado tipo de fármaco promover a redução da PA.

De acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, da SBC (2016), a indicação de tratamento medicamentoso deve preceder, anteriormente, aos estudos da capacidade do fármaco em promover a redução da morbimortalidade por DCV,

incluindo outros aspectos, a saber: promoção da eficácia quando da administração por via oral; promover a tolerância; utilizado pelo paciente em uma menor frequência de administração por dia; poder ter as doses iniciais menores; porém, efetivas e com associação à outros fármacos; ser usado por quatro semanas no mínimo antes de serem modificados; ressalvando as situações consideradas como especiais e que propicie um melhor controle de qualidade quando da produção.

Tanto Egan e Stevens-Fabry (2015) quanto Santos, Gupta e Bello (2016), comungam do mesmo pensamento, de que os medicamentos anti-hipertensivos disponíveis, sem exceção, ao serem usados, necessário se faz observar o que dizem as especificações técnicas, as indicações e contraindicações.

Quanto ao tratamento não medicamentoso (TNM), estudos feitos por diversos autores como Nobre *et al.* (2010); De Giusti *et al.* (2012); Lee *et al.* (2012); Fuentes *et al.* (2013); Vaneckova *et al.* (2014); Sharma; Rush (2014); Martinez-Gonzalez *et al*. (2014); DeMarco *et al.* (2014); Yun *et al.* (2015); e, Bai *et al.* (2015) – mostraram, em seus estudos, o envolvimento da HAS com diversos aspectos, dentre eles o controle ponderal, sobrepeso, aspecto nutricional, atividades físicas, tabagismo e estresse. Esses aspectos, com as devidas descrições sobre os impactos da elevação da PA sobre a HAS, se encontram descritos no Quadro 6.

Quadro 6 – Aspectos da elevação da PA que impactam na prevalência da HAS

Aspectos	Descrição
Controle ponderal	Não somente na população adulta quanto nas crianças, existe relação direta do aumento de peso com a elevação da PA, impactando na HAS.
Sobrepeso	É possível observar que a partir de 8 anos há incidência de risco para aumento da PA e, consequentemente impacto na HAS, quando da elevação da gordura visceral.
Aspecto nutricional	A adoção de plano alimentar adequado e saudável tende a equilibrar a PA e, dessa forma, minimiza os impactos sobre a HAS; importante a ingestão de ácidos graxos insaturados, fibras, oleaginosas, laticínios e vitamina D, chocolate amargo, que se tornará eficaz na medida em que diminuir as gorduras e bebidas alcóolicas.
Atividades físicas	Considerada como um problema de saúde pública, a inatividade física tem por característica se configurar como o mais prevalente dos FR, sendo, inclusive, conforme diversos estudos, a segunda causa de morte no mundo. É importante, a regular prática de atividade física que vem a ser benéfica não somente para promover a prevenção do tratamento da HAS, mas, principalmente, porque possibilita a redução da morbimortalidade CV.
Tabagismo	É consenso entre os autores nacionais e internacionais de que o fumo é prejudicial à saúde e causa risco para mais de 25 doenças, da qual está

	inclusa as DCV; e, dessa forma, o tabagismo é um fator negativo para se proceder o controle da HAS.
Estresse	Tem sido um aspecto de promoção da elevação da PA e impacto na HAS. O seu gerenciamento é importante quando da instituição das psicoterapias comportamentais, combinadas com práticas relacionadas às técnicas de meditação que envolve o biofeedback e relaxamento.

Fonte: Elaboração própria (2019), a partir dos estudos de Nobre *et al.* (2010); De Giusti *et al.* (2012); Lee *et al*. (2012); Fuentes *et al.* (2013); Vaneckova *et al.* (2014); Sharma *et al*. (2014); Martinez-Gonzalez *et al.* (2014); DeMarco *et al.* (2014); Yun *et al.* (2015); e, Bai *et al.* (2015).

Considerando os fatores de riscos para desenvolvimento da HAS, bem como os aspectos da elevação da PA que impactam na prevalência da mesma, reportando-se aos estudos elaborados pela 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, da SBC (2016), entende-se que o papel da atenção básica/ESF na abordagem a HAS é de fundamental importância, tendo em vista a forma e a atuação de como deve proceder a equipe multiprofissional, no tocante à promoção de um melhor controle da HAS.

Nos estudos feitos por Schimith e Lima (2014) a efetivação das ações traçadas pela equipe de saúde da atenção básica/ESF para a HAS tem relação direta com a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. A equipe multiprofissional deve ser composta por todos os profissionais que lidem com pacientes hipertensos sejam estes médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, musicoterapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde.

Importante mencionar que a prevenção ainda é o caminho para o não desenvolvimento da HAS, que, necessariamente, deve ter instituídas ações estratégicas preventivas através das políticas públicas de saúde que, por sua vez, devem ter combinações com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. O pressuposto consiste na estimulação, de forma precoce, do diagnóstico, o que permitirá traçar um tratamento de forma contínua, promover o controle da PA e, consequentemente, os FR que se encontrem associados à outras patologias. A mudança do estilo de vida, com a utilização de forma regular de medicamentos se caracterizará como um diferencial para promoção a eficácia do tratamento.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “alta prevalência de HAS, com controle inadequado, na UBS Amoreiras”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017).

6.1 Descrição do Problema Selecionado

Elegeu-se, como já dito anteriormente, a HAS, sem controle adequado, como problema predominante da área de abrangência.

Aponta-se que na área de abrangência que a autora do presente trabalho atua, há 2.891 usuários na faixa etária de 20 a 59 anos. Destes, 275 foram diagnosticados com hipertensão, ou seja, 9,5% da população. Espera-se que haja 25,8% de diagnosticados nesta faixa etária (MINAS GERAIS, 2010). Enquanto isso, há 445 idosos, havendo 352 usuários com hipertensão, o que representa um total de 79,1% da população abrangida (MINAS GERAIS, 2010). Este percentual está acima do esperado para esta faixa etária que seria de 52,5%. Sendo assim, há, então, na área o total de 627 pacientes com essa patologia, já cadastrada no sistema do SISAB. Isso demonstra a relevância na identificação de casos novos de HAS em adultos jovens, com atuação sobre seu controle. Além da a abordagem para prevenção e controle da doença em idosos que possuem uma significativa prevalência.

Percebe-se também, a partir da observação prática, que muitos dos hipertensos fazem parte de famílias disfuncionais ou residem sozinhos, o que dificulta o suporte social do paciente tão relevante para a abordagem da doença. Outra característica é que predominantemente possuem baixo recurso econômico, baixo nível de escolaridade, maus hábitos higiênicos dietéticos, com uso inadequado dos medicamentos, além de não aderir à atividade física.

Ademais, há com regularidade carência dos medicamentos anti-hipertensivos nas farmácias o que dificulta ainda mais o controle da doença.

Na Tabela 14, encontra-se a descrição dos usuários hipertensos, por microáreas, da ESF Amoreiras.

Tabela 14 – Descritores dos Usuários hipertensos, por microáreas, da ESF Amoreiras, pertencente à UBS Amoreiras, município de Paracatu, Minas Gerais.

Microárea	Hipertensos	Pacientes Analfabetos	Residem Sozinhos	Hábitos Inadequados
01	120	25	12	96
02	117	33	10	82
03	96	45	14	68
04	98	28	8	72
05	109	24	16	98
06	87	18	17	65
Total	627	173	77	481

Fonte: Elaboração própria (2018).

Conforme Tabela 14 é possível observar que em relação às microáreas, da ESF de Amoreiras, o percentual de hábitos inadequados é no total de 76,7% em relação aos diagnosticados como hipertensos. As microáreas com maior incidência de hábitos inadequados foram a 01 (80%) e 05 (89,9%), percentuais estes considerados como elevados.

6.2 Explicação do Problema

Na explicação do problema para elevação da HAS e sua relação com outros fatores há relação direta com o modelo de desenvolvimento socioeconômico, determinada pela baixa distribuição de renda e desigualdade social, configurando como um problema macro que resulta na má adesão ao tratamento, hábitos de vida inadequados, baixo nível socioeconômico e pouco acesso aos serviços de saúde, bem como às informações pertinentes às patologias que podem surgir com a alta prevalência de HAS.

Dentro desse contexto, é possível compreender que esse modelo influencia a política pública de saúde, bem como o meio ambiente territorial e cultural,

interferindo, por consequência, no modelo assistencial que promove a organização, estrutura e processos de trabalhos, que possibilita a melhoria as ações estratégicas traçadas nos serviços de saúde. No entanto, percebe-se uma deficiência do modelo assistencial sobre os fatores de risco que envolve o tabagismo, o alcoolismo, a obesidade, o estresse, o sedentarismo, provocando doenças, como alta prevalência da HAS, causando DCV, AVC, insuficiência renal, ocorrência de óbitos, dentre outros.

Além disso, em decorrência destes fatores, há um baixo nível de informação sobre a HAS e, também, uma baixa adesão ao tratamento da doença, por parte dos usuários, o que traz implicações negativas na saúde do indivíduo e comunidade.

Ressalta-se que para eliminar o problema necessário se faz uma assistência farmacêutica e médica adequada, onde a Equipe de Saúde/ESF promova, de forma constante, uma melhor adesão ao tratamento dispensado para a HAS. Um dos caminhos preventivos se pauta na educação em saúde, no encaminhamento dos pacientes após o diagnóstico para o tratamento mais adequado, com a finalidade de diminuir a ocorrência das patologias, que surgem com a elevação da HAS, já mencionadas.

Como já mencionado a alta da PA, provoca elevação da HAS e, consequentemente, riscos associados à diversas patologias, com incidência de óbito, em casos não tratados. Sem contar que a HAS trata-se de um grave problema de saúde pública, não somente porque abarca uma considerável parcela da população, cada vez mais jovem, mas porque gera diversos custos operacionais à área de saúde no tratamento, quando poderia ser uma medida preventiva, com ações estratégicas mais eficazes, elaboradas pela Equipe de Saúde/ESF.

6.3 Seleção dos Nós Críticos

A importância de se compreender os nós críticos, parte necessariamente da identificação das causas existentes na problemática junto à UBS Amoreiras, quando da avaliação, de forma detalhada dos problemas com a elevação da HAS, onde

cabe à Equipe traçar soluções eficientes e eficazes para atenuar os problemas existentes.

Dentro desse contexto, foi definido pela Equipe da UBS Amoreiras a elevada prevalência de hipertensos, conforme mostrado na Tabela 14, salientando que no diagnóstico percebeu-se a associação dos seguintes aspectos:

a) inadequados hábitos e estilo de vida, quais sejam má alimentação (muitos pela baixa condição socioeconômica), obesidade (alguns casos mórbidos) e sedentarismo;
b) grande parte da população, aproximadamente 78%, desconhece os fatores de riscos intrínsecos à HAS e, dessa forma, não procuram a UBS;
c) pouca efetividade das ações estratégias traçadas pela USB Amoreiras, junto ao processo de trabalho da Equipe de Saúde, quanto ao programa de intervenção sobre a HAS.

6.4 Desenho das Operações

No Quadro 7 a 9, desenhou-se as Operações e demais passos do PES para os “Nós Críticos” do problema de saúde identificado na ESF Amoreiras, que foi a alta prevalência de HAS.

Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Elevada prevalência da HAS, sem controle adequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Amoreiras, UBS Amoreiras, do município Paracatu, Minas Gerais

Nó crítico 1	Inadequados hábitos e estilo de vida
Operação (operações)	Programa de emagrecimento e atividade física funcional para modificação do estilo de vida sedentária
Projeto	Emagrecer com Saúde: EmagreSer
Resultados esperados	Maior conscientização da importância de emagrecer com saúde, dado o elevado número de obesos, com informações nutricionais adequadas e mudança do estilo de vida, principalmente, a falta de atividade física e má alimentação.
Produtos esperados	Caminhadas periódicas, supervisionadas pelo profissional de educação física que será destinado ao acompanhamento. Atividade aeróbica de aulas de zumba, com acompanhamento de profissionais educadores físicos.

	Palestras informativas para a comunidade sobre os fatores de risco relacionados a HAS, nas escolas e na ESF Amoreiras. Grupo educativo de hipertensos.
Recursos necessários	**Organizacional**: local adequado para as caminhadas e para as palestras fornecidas pela UBS Amoreiras. **Cognitivo**: conhecimento sobre o tema **Financeiro**: utilização de vídeos, panfletos informativos **Político**: mobilização dos integrantes da comunidade para a efetivação do Projeto.
Recursos críticos	**Organizacional**: local adequado para as caminhadas e para as palestras fornecidas pela UBS Amoreiras. **Político**: mobilização dos integrantes da comunidade para a efetivação do Projeto.
Controle dos recursos críticos	Médica e Enfermeira Motivação Favorável
Ações estratégicas	Apresentação do projeto aos líderes das comunidades constantes nas microáreas da UBS Amoreiras e nas escolas
Prazo	3 a 6 meses apresentando o projeto nas microáreas e nas escolas
Responsável(eis) pelo acompanhamento das ações	Diretora da ESF e Enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Através de estudos e pesquisa de campo junto aos participantes, tabulando as informações em dados estatísticos para promover a melhoria continua do Projeto.

Fonte: Elaboração própria (2019).

Quadro 8 – Operações sobre o “Nó crítico 2” relacionado ao problema “Elevada prevalência da HAS, sem controle adequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS Amoreiras, do município Paracatu, Estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Desconhecimento sobre a HAS e seus fatores de riscos
Operação (operações)	Programa informacional acerca da PA, HAS e patologias intrínsecas com palestras em grupos de risco, campanhas educativas na comunidade e nas escolas, pedido o apoio da comunidade religiosa na localidade.
Projeto	Informando para Conhecer
Resultados esperados	Maior nível de conhecimento sobre a HAS
Produtos esperados	Palestras informativas à comunidade nas escolas, suas microáreas sobre a PA, a HAS, patologias relacionadas com a elevação da HAS (DAC, doenças renais e outras), no tocante ao tratamento e complicações pela falta deste. Campanhas educativas na UBS, como também nos meios de comunicação como rádio. Visitas em escolas e centros de trabalho para orientar a importância dos cuidados contínuos sobre HAS.
Recursos necessários	**Organizacional**: local para realização das palestras, organização da agenda junto às microáreas. **Cognitivo**: conhecimento sobre o tema

	Financeiro: utilização de vídeos, panfletos informativos **Político**: mobilização dos integrantes da comunidade para a efetivação do Projeto, com apoio dos líderes da comunidade e religiosos.
Recursos críticos	**Cognitivo**: conhecimento sobre o tema **Político**: mobilização dos integrantes da comunidade para a efetivação do Projeto, com apoio dos líderes da comunidade e religiosos.
Controle dos recursos críticos	Atividades intrínsecas ao setor de comunicação do município em consonância com a Equipe de Saúde da UBS Amoreiras. Motivação Favorável
Ações estratégicas	Apresentação do projeto aos profissionais da equipe, líderes das comunidades constantes nas microáreas da UBS Amoreiras, nas escolas e nas entidades religiosas.
Prazo	3 a 6 meses para apresentação do projeto
Responsável(eis) pelo acompanhamento das ações	Diretora da ESF e Técnicas de Enfermagem
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Através de estudos e pesquisa de campo junto aos participantes, tabulando as informações em dados estatísticos para promover a melhoria continua do Projeto.

Fonte: Elaboração própria (2019).

Quadro 9 – Operações sobre o “Nó crítico 3” relacionado ao problema “Elevada prevalência da HAS, sem controle adequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS Amoreiras, do município Paracatu, Estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Baixa oferta de estratégias para intervenção sobre a HAS
Operação (operações)	Melhoria do trabalho operacional da Equipe de Saúde na UBS e nas microáreas de atuação.
Projeto	Controle da HAS: o caminho para a promoção da saúde
Resultados esperados	Possibilitar uma maior inclusão de consultas médicas e de enfermagem e ampliar a adesão ao tratamento da HAS, aumentando a frequência dos adeptos aos outros programas, principalmente do “EmagreSer com Saúde”.
Produtos esperados	Agenda de consultas médicas e de enfermagem com foco na HAS Aumentar as atividades físicas e palestras relacionadas à HAS, de maneira que os pacientes sintam-se motivados a incorporar cada vez mais os hábitos nas atividades propostas. Capacitar a preparação dos membros da equipe de saúde, na maior observação dos pacientes em relação a HAS.
Recursos necessários	**Organizacional**: Recursos humanos capacitado; estrutura física (suporte de consultórios médico e de enfermagem) para atendimento **Cognitivo**: conhecimento técnico da Equipe de Saúde acerca das ações estratégicas traçadas e da HAS **Financeiro**: Panfletos, vídeos **Político**: articulação da Equipe de Saúde da UBS Amoreiras para execução do plano
Recursos críticos	**Organizacional**: Recursos humanos capacitado; estrutura física

	(suporte de consultórios médico e de enfermagem) para atendimento **Político**: articulação da Equipe de Saúde da UBS Amoreiras para execução do plano
Controle dos recursos críticos	Equipe de Saúde (médica/enfermeira) estão motivados.
Ações estratégicas	Treinamento e informação para a Equipe de Saúde
Prazo	3 meses para início das atividades
Responsável(eis) pelo acompanhamento das ações	Diretora da UBS, médica e enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Através de análise, pela Equipe de Saúde, da frequência dos pacientes que aderiram às consultas e ao programa de emagrecimento, avaliando com os mesmos as melhorias e necessidades.

Fonte: Elaboração própria (2019).

Nos Quadros 7 a 9, referente aos Nós Críticos, descritos no desenho das operações o pressuposto consiste em promover os programas a partir da capacitação da Equipe de Saúde da UBS Amoreiras, para que possam atingir os objetivos estratégicos das ações traçadas junto aos Projetos “Emagrecer com Saúde: EmagreSer”, “Informando para Conhecer”, e, “Prevenção da HAS: o caminho para a promoção da saúde”.

As ações estratégicas adotadas no âmbito estrutural, cognitivo, financeiro e político buscam efetivar os resultados esperados em cada uma das ações dos Nós Críticos analisados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto de Intervenção buscou diagnosticar na UBS de Amoreiras, no município de Paracatu, Minas Gerais, junto à população atendida na Unidade um problema, de caráter relevante, urgente e prioritário, ao qual a análise permitiu compreender ser a HAS a mais prevalente na população, inclusive, com evidência de doenças associadas como DM e outras.

Ficou evidente que o sistema local de saúde trata de realizar da melhor maneira possível a atenção à saúde a toda população, fazendo com que o sistema em rede possa fluir da maneira mais adequada possível, mesmo assim se sabe que o fluxo é muito grande e os profissionais de saúde, muitas vezes, estão sobrecarregados de trabalho, dificultando o andar do fluxo.

Salienta-se, no âmbito local que em relação ao atendimento da equipe de trabalho de saúde, há dificuldades de comunicação e relacionamento interpessoal. Não se identifica um trabalho em equipe o que dificulta o bom andamento do serviço. Acredita-se que essas dificuldades do profissional de saúde da UBS tendem a agravar a situação de risco dos pacientes, uma vez que as informações por não serem disseminadas, deixam de ter ações para com a comunidade.

Dentro desse contexto, para a implantação de um plano de intervenção foi necessário a elaboração de ações estratégicas para motivar a equipe e envolver a comunidade.

O plano de ação elaborado teve como pretensão não somente implantar programas de atividade física, mas modificar outros estilos de vida. Com isso, consiste em possibilitar aos usuários que obtenham uma vida melhor por meio da prevenção, tratamento e promoção de saúde.

Entende-se que a saúde é um bem maior à promoção da vida de um cidadão. Dentro desse contexto, não dando como concluso este projeto, mas, sim, como meio de que sejam iniciados novos trabalhos e planos de intervenções. Acredita-se que um dos caminhos é o bom senso, aliado com a qualidade do serviço prestado, que é

um dos elementos que determinam que as recomendações sejam, de fato, acolhidas, considerando não somente os aspectos diagnosticados, mas, também, os desfechos das ações da Secretaria Municipal, a magnitude do risco relativo e os custos deste projeto.

REFERÊNCIAS

ABEGUNDE, D.O. *et al*. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **Lancet**; v. 370, n.9603; p. 1929-38, 2017.

BAI, Z. *et al.* Investigating the effect of transcendental meditation on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. **J Hum Hypertens**.; v. 29, n. 11, p. 653-62, 2015.

BRASIL. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n. 204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.

BRASIL. VIGITEL BRASIL. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. 2014. Disponível em: http:// portalsaude. saude. gov.br / images / pdf / 2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf. Acesso em 19 set. 2018.

BRASIL. Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), 2018. Disponível em: < https://sisab.saude.gov.br. Acesso em: 17 fev., 2019.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. CNES. **Dados diversos**. 2018. Disponível em < http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 22 abr. 2019.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, A. M. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017.

CHALLINER, R. *et al.* Incidence and consequence of acute kidney injury in unselected emergency admissions to a large acute UK hospital trust. **BMC Nephrol**.; v. 15, n. 84, 2014.

CHOBANIAN, A.V.; BAKRIS, G.L.; BLACK, H.R. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report. **Hypertension**; v. 42, n. 6, p. 1206-52, 2013.

CONNORS, N.J.; HOFFMAN, R.S. Experimental treatments for cocaine toxicity: a difficult transition to the bedside. **J Pharmacol Exp Ther**.; v.347, n. 2, p. 251-7, 2013.

De GIUSTI, M. *et al.* A survey on blood pressure levels and hypertension control in a sample of the Italian general population. **High Blood Press Cardiovasc Prev**.; v. 19, n. 3, p. 129-35, 2012.

De MARCO, V.G. *et al*. The pathophysiology of hypertension in patients with obesity. **Nat Rev Endocrinol**.; v. 10, n. 6, p. 364-76, 2014.

EGAN, B.M.; STEVENS-FABRY, S. Prehypertension-prevalence, health risks, and management strategies. **Nat Rev Cardiol**.; v. 12, n. 5, p. 289-300, 2015.

FITZGERALD, P.J. Elevated norepinephrine may be a unifying etiological factor in the abuse of a broad range of substances: alcohol, nicotine, marijuana, heroin, cocaine, and caffeine. **Subst Abuse**; n. 7, p. 171-83, 2013.

FUENTES, E. *et al.* Mechanisms of chronic state of inflammation as mediators that link obese adipose tissue and metabolic syndrome. **Mediators Inflamm.,** n. 2013, p. 136584, 2013.

GAHLINGER, P.M. Club drugs: MDMA, gamma-hydroxybutyrate (GHB), Rohypnol, and ketamine. **Am Fam Physician**.; v. 69, n. 11, p. 2619-26., 2014.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Territorialização em Saúde.** Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, p. 32. jan. 2012.

HAWKINS, R. New biomarkers of acute kidney injury and the cardio-renal syndrome. **Korean J Lab Med**.; v. 31, n. 2, p. 72-80, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Dados demográficos de Paracatu**, 2018. Disponível em <www.ibge.gov.br >. Acesso em 18 jul. 2018.

JAMES, M.T. *et al.* CKD Prognosis Consortium A meta-analysis of the association of estimated GFR, albuminuria, Diabetes mellitus, and hypertension with acute kidney injury. **Am J Kidney Dis**.; v. 66, n. 4, p. 602-12, 2015.

JAMES, P.A. et.al. Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). **JAMA**; v. 311, n. 5, p. 507-20, 2014.

KHAN, I.A. *et al.* Clinical, diagnostic, and management perspectives of aortic dissection. **Chest**.; v. 122, n. 1, p. 311-28, 2011.

LEE, I.M. *et al.* Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **Lancet**; v. 380, n. 9838, p. 219-29, 2012.

LEWINGTON, S. *et al.* Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual bloodpressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Erratum in: **Lancet;** v. 361, n. 9362, p. 1060, 2013.

MANCIA, G. *et al*. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). **J Hypertens**.; v. 31, n. 7, p. 1281-357, 2013.

MARTINEZ-GONZALEZ, M.A. *et al*. Dietary patterns, mediterranean diet, and cardiovascular disease. **Curr Opin Lipidol**.; v. 25, n. 1, p. 20-6, 2014.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte**: Oficina IV- Organização da Atenção Programada. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2010.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai./jun, 2015.

NAIDOO, S.; SMIT, D. Methamphetamine abuse: a review of the literature and case report in a young male. **SADJ**; v. 66, n. 3, p. 124-7. 2012.

NOBRE, F. *et al*. [Control of arterial pressure in patients undergoing anti-hypertensive treatment in Brazil: Controlar Brazil]. **Arq Bras Cardiol**.; v. 94, n. 5, p. 663-70, 2010.

PARACATU. **Fichas cadastramento de famílias e individuais**. Arquivo UBS Amoreiras. 2018.

PARACATU. Prefeitura municipal. **Dados sociodemográficos e de saúde de Amoreiras, Paracatu**, 2018. Disponível em: http://paracatu .mg.gov. br/ downloads/ CARTEIRA-C-FINALIZADA-2018.pdf

PICON, R.V.; *et al.* Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with metaanalysis. **PLOS One**; v. 7, n. 10, p. e48255, 2012.

SANTOS, A.B.; GUPTA, D.K.; BELLO, N.A. Prehypertension is associated with abnormalities of cardiac structure and function in the atherosclerosis risk in communities study. **Am J Hypertens**; v. 29, n. 5, p. 568-74, 2016.

SCALA, L.C. *et al*. Hipertensão arterial e atividade física em uma capital brasileira. **Arq Bras Cardiol**.; n. 105, v. 3 supl 1, p. 20, 2015.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez, 2014.

SHARMA, M.; RUSH, S.E. Mindfulness-based stress reduction as a stress management intervention for healthy individuals: a systematic review. **J Evid Based Complementary Altern Med**.; v. 19, n. 4, p. 271-86, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SBC. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**; n. 107, v. 3Supl.3,. p. 1-83, 2016.

SORDO, L. *et.al.* Cocaine use and risk of stroke: a systematic review. **Drug Alcohol Depend.**; n. 142, p. 1-13, 2014.

TRUELSEN, T. *et al*. Standard method for developing stroke registers in low-income and middle-income countries: experiences from a feasibility study of a stepwise approach to stroke surveillance (STEPS Stroke). **Lancet Neurol.;** v. 6, n. 2, p. 134-9, 2017.

VANECKOVA, I. *et al.* Obesity-related hypertension: possible pathophysiological mechanisms. **J Endocrinol.**; v. 223, n. 3, p. R63-78, 2014.

WEBER, M.A. *et al.* Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. **J Hypertens**; v. 32, n. 1, p. 3-15, 2014.

WEITZ, J.I. *et al.* Diagnosis and treatment of chronic arterial insufficiency of the lower extremities: a critical review. **Circulation**.; n. 94, p. 3026-49, 2016.

YUN, M. *et al.* Tobacco smoking strengthens the association of elevated blood pressure with arterial stiffness: the Bogalusa Heart Study. **J Hypertens.;** v. 33, n. 2, p. 266-74, 2015.

ZHAO, D. *et al.* Dietary factors associated with hypertension. **Nat Rev Cardiol**.; v. 8, n. 8, p. 456-65, 2011.