

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

**Arthur Caires Guimarães Brito**

**ALTO NÚMERO DE HIPERTENSOS CADASTRADOS COM TRATAMENTO  
INADEQUADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NÚCLEO DE SAÚDE 2,  
JAÍBA: intervindo e conscientizando**

**Montes Claros/ Minas Gerais**

**2020**

**Arthur Caires Guimarães Brito**

**ALTO NÚMERO DE HIPERTENSOS CADASTRADOS COM TRATAMENTO  
INADEQUADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NÚCLEO DE SAÚDE 2,  
JAÍBA: intervindo e conscientizando**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**Montes Claros - Minas Gerais**

**2020**

**Arthur Caires Guimarães Brito**

**ALTO NÚMERO DE HIPERTENSOS CADASTRADOS COM TRATAMENTO  
INADEQUADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NÚCLEO DE SAÚDE 2,  
JAÍBA: intervindo e conscientizando**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora - UFMG

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em :06/04/2020

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica com alta prevalência na população, em geral. É considerada uma doença silenciosa e que atinge o indivíduo sendo, muitas vezes, assintomática inicialmente. A hipertensão arterial sistêmica descompensada predispõe o paciente a complicações como aumento dos riscos de acidente vascular cerebral, doenças renais crônicas. Todavia, se os tratamentos medicamentoso e não medicamentoso são seguidos, regularmente, aumenta-se as chances de uma melhor qualidade de vida e manutenção da saúde. O diagnóstico situacional na nossa área de abrangência mostrou alto número de pessoas com hipertensão e sem tratamento adequado. Assim, este trabalho tem como objetivo geral propor um plano de intervenção visando aumentar a adesão dos usuários hipertensos ao tratamento proposto pela Estratégia Saúde da Família Núcleo de Saúde 2, áreas A e B em Jaíba, Minas Gerais. Para a realização do trabalho, utilizou-se do método de Planejamento Estratégico Situacional e, para dar suporte científico ao plano, fez-se pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores: hipertensão, adesão e educação em saúde. Os artigos científicos e cadernos de atenção em saúde, do Ministério da Saúde tiveram data de publicação entre 2012 a 2019. Detecta-se que a hipertensão arterial sistêmica requer atenção diferenciada na saúde em especial na atenção básica tanto no diagnóstico adequado quanto no tratamento.

Palavras chave: Hipertensão. Adesão. Educação em saúde.

## **ABSTRACT**

Systemic arterial hypertension is a chronic disease with high prevalence in the population, in general. It is considered a silent disease that affects the individual and is often asymptomatic initially. Decompensated Systemic arterial hypertension predisposes the patient to complications such as increased risk of stroke, chronic kidney disease. However, if medicated and non-medicated treatments are followed regularly, the chances of a better quality of life and health maintenance are increased. The situational diagnosis in our coverage area showed a high number of people with hypertension and without adequate treatment. Thus, this work has the general objective of proposing an intervention plan aiming to increase the adherence of hypertensive users to the treatment proposed by the Family Health Strategy, Health Center 2, areas A and B in Jaíba, Minas Gerais. To carry out the work, we used the Situational Strategic Planning method and, to give scientific support to the plan, a bibliographic search was made at the Virtual Health Library with the descriptors: hypertension, adherence and education in Cheers. Scientific articles and health care notebooks from the Ministry of Health were published between 2012 and 2019. It is detected that Systemic arterial hypertension requires differentiated attention to health, especially in primary care, both in terms of proper diagnosis and treatment.

Keywords: Hypertension. Adherence. Health education

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Aspectos gerais do município .....</b>	<b>7</b>
<b>1.2 O sistema municipal de saúde .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>1.3 A Unidade Básica de Saúde Núcleo de Saúde -NS2 .....</b>	<b>9</b>
<b>1.4 A Equipe de Saúde da Família NS2 .....</b>	<b>9</b>
<b>1.5 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe NS2</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) .....</b>	<b>12</b>
<b>1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....</b>	<b>13</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>14</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Objetivo geral .....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>15</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>17</b>
<b>5.1 Conceituando Hipertensão Arterial Sistêmica.....</b>	<b>17</b>
<b>5.2 O tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica .....</b>	<b>19</b>
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) .....</b>	<b>23</b>
<b>6.2 Explicação do problema (quarto passo) .....</b>	<b>23</b>
<b>6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....</b>	<b>24</b>
<b>6.4 Desenho das operações(sexto passo) .....</b>	<b>24</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>28</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>29</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

Este trabalho se assenta na proposição de um projeto de intervenção apoiado a partir de maior conhecimento da área de abrangência da equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) denominada (Núcleo de Saúde) NS 2, áreas A e B no município de Jaíba – Minas Gérias, seguindo um modelo proposto pela atividade I da disciplina de Planejamento em Saúde. Com o planejamento em saúde torna-se possível elaborar melhores formas de intervenções na área de atuação, pois, partindo da realidade e problemática vivenciada em uma área, podem-se elaborar formas de enfrentamento e minimização do problema.

### **1.1 Aspectos gerais do município**

A região onde hoje se assenta o município de Jaíba, em Minas Gerais, era chamada de Mata do Jaíba. A Colônia, ou o projeto de Colonização, teve seu início em 1949, quando ocorreram os primeiros assentamentos de colonos na região de Gado Bravo, na margem esquerda do Rio Verde Grande (JAÍBA, 2019).

Nessa ocasião foi lançado o Projeto Jaíba, projeto de irrigação, com água captada do Rio São Francisco, em sua margem direita. No período de 1967 a 1976 houve grande avanço nas atividades econômicas do Projeto, que ocasionou o surgimento do Povoado de Novo Horizonte, na margem direita do Rio Verde Grande, município de Monte Azul (JAÍBA, 2019).

A população de Jaíba, no censo de 2010, era de 33.587 pessoas e estimativa para 2019 equivalentes a 38.909 pessoas, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019).

### **1.2 Sistema Municipal de Saúde**

O Sistema Municipal de Saúde de Jaíba é composto por um hospital. Cada plantão é assumido por dois médicos clínicos. Neste hospital tem uma sala vermelha onde são realizados alguns poucos exames, como: hemograma, Elementos e Sedimentos Anormais (EAS) da urina, urocultura, hemocultura, proteína C-reativa (PCR) e alguns íons. A restrição que tem é quanto ao atendimento de gestantes em trabalho de parto. Nestes casos, encaminha-se para Janaúba, cidade vizinha com maior

estrutura em serviços de saúde. Pacientes em quadros graves e que precisam de atendimentos com especialistas são encaminhados também para Janaúba.

Ao todo, são 15 Estratégias Saúde da Família em Jaíba.

Na Unidade de Saúde NS 2, Áreas A e B onde atuo como médico, formamos uma equipe que busca realizar um trabalho em rede, juntamente com o município de Jaíba. Formamos uma rede de assistência de atenção à saúde, acreditando na importância do trabalho em equipe. Esta rede se estrutura com uma população determinada.

Percebo que a rede de atenção à saúde no município de Jaíba funciona de forma fragmentada e ao mesmo tempo em rede de atenção. Este fato se explica porque existem os programas de saúde muito válidos como as Estratégias Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA), sendo estes dispositivos com propostas importantes de prevenção e promoção à saúde.

Na Unidade de Saúde NS 2, Áreas A e B onde atuo como médico, formamos uma equipe que busca realizar um trabalho em rede, juntamente com o município de Jaíba. Formamos uma rede de assistência de atenção à saúde, acreditando na importância do trabalho em equipe. Esta rede se estrutura com uma população determinada.

Percebo que a rede de atenção à saúde no município de Jaíba funciona de forma fragmentada e ao mesmo tempo em rede de atenção. Este fato se explica porque existem os programas de saúde muito válidos como as Estratégias Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA), sendo estes dispositivos com propostas importantes de prevenção e promoção à saúde.

Existe o encaminhamento e apoio para a rede secundária, mas em algumas situações a demora em conseguir acompanhamento ao paciente ou outro tipo de intervenção acaba por piorar o quadro, sendo assim a integralidade na assistência, princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) fica comprometida. A população tem culturalmente a visão curativa em saúde priorizando a atenção terciária e hospitalar e ainda pouco preventiva. As especialidades médicas como exemplo



otorrinolaringologista, oftalmologista, nefrologista são as de maiores dificuldades para agendamentos. O número de especialistas reduzido compromete o trabalho em rede.

Nesta organização do sistema de saúde, a rede se forma na divisão espaço, população e território. Trabalhamos dentro dos princípios do SUS, buscando efetivar de fato estes princípios apesar das dificuldades muitas vezes encontradas com a própria estrutura ou falhas do sistema ainda em construção ou que demanda mais melhorias.

Os usuários fazem o cartão SUS na secretaria de saúde do município.

### **1.3 Aspectos Gerais da comunidade**

A comunidade da ESF em Jaíba é participativa, e no atendimento de saúde predomina a demanda espontânea. As famílias têm pouca participação nas questões sociais que envolvem a saúde, como reuniões e grupos operativos.

A equipe tem facilitado à interação da comunidade através de formação de grupos operativos (hiperdia, gestantes) e visitas domiciliares.

A população é 100% rural, com baixo nível de alfabetização e escolaridade.

As atividades de trabalho da população são, em sua maioria, voltadas à produção rural, como por exemplo, plantio e vendas de hortaliças, retirada de leite e produção de derivados, criação de ovinos, bovinos e aves.

### **1.4 Unidade Básica de Saúde Núcleo de Saúde, 2**

A Estratégia Saúde da Família tem atualmente cinco microáreas, com famílias cadastradas. A equipe da ESF é formada pelos profissionais apresentados a seguir: um médico, uma enfermeira, uma psicóloga, uma fisioterapeuta, três Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um técnico e uma recepcionista.

A unidade tem natureza de organização de administração direta da saúde, articulada ao Ministério da Saúde e pertencendo à esfera administrativa municipal. Objetiva realizar suas ações focadas na prevenção e promoção à saúde das famílias de uma determinada área de abrangência.

**Quadro 1-** População da área de abrangência da Unidade Saúde da Família Equipe de Saúde da Família NS 2, Área A e B, Jaíba/Minas Gerais, 2019

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>MICRO 1</b>	<b>MICRO 2</b>	<b>MICRO 3</b>	<b>MICRO 4</b>	<b>Micro 5</b>
<b>&lt; 1 ano</b>	2	1	1	1	1
<b>1-4 anos</b>	4	14	12	12	0
<b>5-14 anos</b>	5	29	60	59	2
<b>15-19 anos</b>	1	37	43	71	-
<b>20-29 anos</b>	12	10	10	11	10
<b>30-39 anos</b>	10	9	8	7	7
<b>40-49 anos</b>	10	8	11	11	12
<b>50-59 anos</b>	9	8	7	10	7
<b>60-69 anos</b>	20	21	13	15	18
<b>70-79 anos</b>	12	18	15	11	15
<b>80 anos e mais</b>	2	7	10	6	3

Fonte: (Dados da unidade,2019)

A unidade tem estrutura física adequada para funcionamento, formada por: dois consultórios médicos; uma sala de enfermagem, uma copa; uma recepção, uma farmácia, uma cozinha e banheiros.

A população da nossa área de abrangência, segundo número de pessoas e doenças é assim constituída: 115 hipertensos, 28 diabéticos, 18 pessoas com doenças respiratórias: asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), enfisema e outras; nove pessoas que tiveram Acidente Vascular Cerebral (AVC), seis que tiveram infarto, 12 pessoas com doença cardíaca, três com doença renal, uma com tuberculose, duas com câncer, cinco com sofrimento mental , 20 acamados, 12 fumantes, 30 alcoolistas, oito usuários de drogas e uma pessoa com hanseníase.

Quantos aos óbitos predominam as doenças cardíacas. Têm-se também registros de dengue, Zica e Chikungunya

## **1.5 Funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe de Saúde NS 2**

A ESF funciona de segunda à sexta-feira das 7:00 às 11:00 h e de 13:00 às 17:00 h. O horário de almoço é de 11:00 às 13:00 h. A carga horária dos profissionais é de 40 horas semanais.

A equipe tem desenvolvido muitas atividades voltadas à prevenção de saúde: o médico realiza consultas de demanda espontânea e agendadas, pré-natal. Também são realizadas consultas de puericultura e pré-natal com a enfermagem. As coletas de exames para citopatológico do colo uterino são feitas na unidade.

O processo de Trabalho da Equipe de Saúde da Família é assim realizado: o acolhimento acontece por parte de toda a equipe, priorizamos uma escuta ativa, com ética e focada na humanização.

A educação permanente é realizada na unidade com os profissionais e com temas pré-selecionados que abordem situações cotidianas da unidade. As visitas domiciliares acontecem em dias específicos, pelo com médico, enfermeira e ACS.

A agenda de atendimento médico da unidade de Saúde NS 2 Área A e B está estruturada para a consulta de pacientes com condições crônicas (consultas programadas) e doenças agudas (demanda espontânea).

Os usuários com sintomas de febre e dor aguda são atendidos na demanda espontânea e medicados ou, quando necessário, encaminhados ao hospital de referência. As demandas de casos agudos são sempre atendidas e observadas pela equipe de saúde buscando atingir os objetivos necessários dos usuários.

As doenças crônicas, sejam sintomas ou doenças pré-estabelecidas, são atendidas em consultas agendadas. Além das doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, cardiovasculares, também se constituem motivos comuns da busca pela avaliação médica: doenças articulares e osteomusculares, transtorno do humor e ansiedade, dores abdominais e cefaleias, lesões dermatológicas e a busca por exames complementares de rotina.

Alguns grupos específicos apresentam dia e horário fixos, semanalmente, para atendimento médico. São eles: grupo de pré-natal, grupo Hiperdia (pacientes

portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Melito) e saúde do idoso (atendimento ambulatorial e visitas domiciliares). Esses grupos são estabelecidos por tratar-se de indivíduos com necessidades de cuidado mais intenso e acompanhamento clínico periódico.

A seguir, apresento a agenda unidade de saúde: segunda, terça, quarta e quintas-feiras, no período da manhã, atendimento à livre demanda. Na segunda, à tarde, atendemos Puericultura / Grupo Hiperdia; terça, à tarde, Visita domiciliar, quarta, Pré Natal / Grupo de gestantes e quinta-feira, Pré-natal e Grupo tabagistas.

As sextas feiras, tenho o dia para me dedicar ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em saúde da família.

### **1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)**

O diagnóstico situacional, por meio da estimativa rápida permitiu identificar os principais problemas de saúde e outros na nossa área de abrangência (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). São eles:

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Cardiopatias, Dificuldade no relacionamento entre a equipe de saúde, falta de medicamentos e materiais na unidade e Ausência de um modelo teórico da Saúde da família.

### **1.7 Priorização dos problemas: a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)**

No quadro 1 são apresentados os principais problemas identificados bem como sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde.

**Quadro 1** - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de NS 2 Unidade Básica de Saúde Núcleo de Saúde, 2, município de Jaíba, Minas Gerais

<b>Problemas</b>	<b>Importância*</b>	<b>Urgência**</b>	<b>Capacidade de enfrentamento***</b>	<b>Seleção/ Priorização****</b>
Alto número de	Alta	7		1

usuários hipertensos cadastrados na unidade e com dificuldades em seguir o tratamento de forma adequada			Parcial	
Diabetes Mellitus e baixo controle da doença	Alta	5	Parcial	2
Cardiopatias	Alta	5	Parcial	2
Dificuldades relacionadas ao relacionamento interpessoal	Média	3	Parcial	3
Ausência de um modelo teórico da Saúde da família	Média	3	Parcial	4
Problemas relacionados à infraestrutura da unidade	Média	3	Baixa	5

Fonte: Diagnóstico Situacional (2019)

\*Alta, média ou baixa

\*\* Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

Após reunião com a equipe de saúde, devido ao seu nível de importância, foi definido como problema a ser investido, no atual momento, o alto número de pessoas com HAS.

## 2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença de grande ocorrência na atualidade e é considerada uma doença silenciosa bem como um grande problema de saúde pública.

A HAS exige atenção diferenciada, em especial na atenção básica à saúde, pois ações específicas de controle e manejo precisam ser trabalhadas juntamente com paciente e família, para possibilitar troca de saberes e redução das consequências da doença.

A escolha desta problemática como tema de estudo se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial entre os usuários na comunidade na ESF NS 2, áreas A e B bem como pelo grande número de pessoas com níveis pressóricos não controlados, e, ainda, pela dificuldade em seguir orientações médicas e da equipe, pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências.

A equipe participou da análise dos problemas levantados, e considerou que em nível local têm-se recursos humanos e materiais para fazer um Plano de Intervenção, portanto, a proposta é viável.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Propor um plano de intervenção visando aumentar a adesão dos usuários hipertensos ao tratamento proposto pela ESF NS 2, áreas A e B em Jaíba – Minas Gerais

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Orientar os usuários sobre hipertensão e consequências da não adesão ao tratamento;

Fortalecer as ações do grupo Hiperdia incluindo temas específicos como nutrição e atividades físicas do hipertenso.

Realizar palestras educativas e reflexivas, a partir de formação de grupos operativos que possa ser abordado os temas à demanda específica.

#### **4 METODOLOGIA**

A construção do plano de intervenção iniciou-se com o estudo do módulo de Planejamento, avaliação e programação em ações de saúde, com vistas ao conhecimento da situação de saúde da população da área de abrangência atendida por nossa equipe da ESF NS 2, áreas A e B. Para tal, foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) e seguidos os passos definidos por ele segundo Faria, Campos e Santos (2018). Neste diagnóstico detectaram-se os principais problemas enfrentados na unidade.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) propõe: no primeiro passo, a definição do problema, após esta definição, priorizou-se o problema que foi o “alto número de pacientes hipertensos com baixo controle da doença”. Em seguida descreveu-se este problema, explicou-o e por fim a fez-se definição dos “nós críticos” do problema priorizado e elaborou-se um plano de ação com ações específicas para enfrentamento da realidade apresentada.

Para dar suporte científico ao plano fez-se pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores: hipertensão, adesão e educação em saúde.

Também compuseram ao arcabouço teórico os Cadernos do Ministério da Saúde que versam sobre HAS e os artigos da Sociedade Brasileira de Cardiologia.



## 5 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Conceituando Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada uma doença crônica, sua condição é clínica e multifatorial, também caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos >140 e ou 90 mmHg (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A pressão arterial limítrofe é considerada aquela com valores sistólicos entre 130-139 mmHg e diastólicos entre 85-89 mmHg, enquanto que a pressão arterial normal sistólica < 130mm Hg e diastólica < 85mm Hg. Já a pressão considerada ótima deve estar entre <120 mmHg e diastólica <80 mmHg (MAGRINI; GUE MAGRINI, 2012).

O Ministério da Saúde alerta sobre a necessidade de se fazer um diagnóstico precoce devido à alta morbimortalidade e perda da qualidade de vida das pessoas com hipertensão. O diagnóstico é simples uma vez que prescinde de tecnologia sofisticada e é imprescindível o acompanhamento efetivo dos casos detectados pelas equipes da Atenção Básica (AB). Este acompanhamento é importante para controle da pressão arterial e, assim, reduzir complicações cardiovasculares (BRASIL, 2014).

Carvalho Filha, Nogueira e Medina (2014, p.266) afirmam que “os profissionais de saúde atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) devem programar e implementar atividades de investigação e acompanhamento dos usuários”.

Para tal, uma efetiva avaliação clínica e laboratorial deve acontecer. No Quadro 2 encontram-se apresentados os objetivos dessas avaliações.

#### **Quadro 2-** Objetivos da avaliação clínica e laboratorial para o diagnóstico da HAS

Confirmação do diagnóstico de HA por medição da PA
Identificação dos FRCV; Pesquisa de LOAs, sejam elas subclínicas ou clinicamente manifestas
Pesquisa da presença de outras doenças associadas
Estratificação do risco CV global
Avaliação de indícios para a suspeita de HA secundária

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

Além do mais, a hipertensão pode estar associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e estruturais de órgãos alvo, sendo agravada por outros fatores de risco como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (MAGRINI; GUE MAGRINI, 2012).

Francisco *et al.* (2018, p. 3830) mencionam que “principalmente quando associadas, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são relevantes causas de morbidade e mortalidade, com maior risco de doença renal, doença cardíaca coronariana, acidente vascular encefálico e insuficiência cardíaca”.

A HAS também mantém associação com outras complicações conforme resultados da pesquisa realizada por Radovanovic *et al.* (2014) que levantaram a prevalência da hipertensão e sua associação com os fatores de risco em uma determinada população. Identificaram o perfil de saúde desta e a necessidade de intervenções com vistas a diminuir não apenas as complicações resultantes da HAS bem como, a prevenção de outras doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Ressaltam que as intervenções devem ser realizadas possibilitando que os participantes expressem suas opiniões, conhecimentos, dúvidas e temas relativos à sua condição crônica e aos fatores de risco que envolvem a hipertensão.

No Quadro 3 tem-se a apresentação dos fatores de risco cardiovasculares adicionais definidos pela 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial

Quadro 3- Fatores de risco cardiovascular na avaliação do risco adicional no hipertenso

• Sexo masculino
• Idade
• Homens $\geq$ 55 anos ou mulheres $\geq$ 65 anos
• História de DCV prematura em parentes de 1º grau
• Homens < 55 anos ou mulheres < 65 anos
• Tabagismo
• Dislipidemia
• Colesterol total > 190 mg/dl e/ou
• LDL-colesterol > 115 mg/dl e/ou
• HDL-colesterol < 40 mg/dl nos homens ou < 46 mg/dl nas mulheres e/ou
• Triglicérides > 150 mg/dl
• Resistência à insulina
• Glicemia plasmática em jejum: 100-125 mg/dl
• Teste oral de tolerância à glicose: 140-199 mg/dl em 2 horas

• Hemoglobina glicada: 5,7 – 6,4%
• Obesidade
• IMC $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup>
• $\circ$ CA $\geq$ 102 cm nos homens ou $\geq$ 88 cm nas mulheres

Fonte: (MALACHIAS *et al.*, 2016, p. 19).

Nesse sentido, cabe aos profissionais da saúde “Informar ao paciente os seus FR pode melhorar a eficiência das medidas farmacológicas e não farmacológicas para redução do risco global” (MALACHIAS *et al.*, 2016, p.18).

Malta *et al.* (2018) discorrem acerca da importância da realização do diagnóstico precoce e tratamento adequado, como forma de redução das complicações da HAS como citado abaixo:

O tratamento da hipertensão tem sido associado com cerca de 40% da redução de acidente vascular cerebral e cerca de 15% de redução de infarto agudo do miocárdio, por isso são recomendados pela OMS- o diagnóstico precoce e o monitoramento populacional da HA (OMS, 2003, *apud* MALTA *et al.*, 2018, p.10)

Sendo assim, destaca-se a importância da participação ativa da equipe de saúde e usuário hipertenso na Atenção Básica como forma de minimização dos agravos da HAS.

## 5.2 O tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

O Ministério da Saúde assegura que,

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão (BRASIL, 2014, p.21).

A atenção aos usuários com doenças crônicas é considerada um desafio na Atenção Primária à Saúde, considerando que são condições multifatoriais, com determinantes biológicos e socioculturais e com aumento do envelhecimento. Das doenças crônicas, a hipertensão é muito prevalente (GEWEHR *et al.*, 2018).

Malta *et al.* (2018, p.13) alertam para ,

Conhecer e monitorar indicadores referentes às DCNT, incluindo as metas de redução de HA são importantes no contexto nacional e global. A PNS constitui a linha de base do indicador de redução da hipertensão aferida. Para alcançar a meta de redução relativa de 25% na prevalência de pressão sanguínea elevada serão necessárias intervenções para redução do consumo de sal, de gorduras saturadas e aumento do consumo de frutas e verduras; esforços para redução do sobrepeso/obesidade e rastreamento para detecção e tratamento precoce das pessoas hipertensas.

O tratamento medicamentoso da HAS é geralmente iniciado com um ou dois anti hipertensivos e podem ser associados com outros medicamentos, o que pode contribuir para a não adesão ao tratamento (GEWEHR *et al.*, 2018).

O controle da Pressão Arterial (PA), além de exigir a participação individual, também requer a assistência da equipe de saúde, dentro de um programa eficiente de controle da HAS, pois há fatores como a cronicidade da doença, aliada à falta de sintomatologia, que influenciam e condicionam o processo do efetivo controle dos níveis pressóricos (BARRETO *et al.* 2016 *apud* GEWEHR *et al.*, 2018, p. 180).

A baixa adesão ao tratamento é um dos principais fatores para a persistência de valores elevados da PA (GEWEHR *et al.*, 2018).

A adesão ao tratamento de uma doença quer dizer que as prescrições recomendadas em relação ao tratamento farmacológico e não farmacológico estão sendo seguidas efetivamente.

Buscando sanar o controle das doenças crônicas não transmissíveis, o Ministério da Saúde criou, em 2002, o Hiperdia, com o intuito de cadastrar e monitorar as pessoas hipertensas e diabéticas de toda a população atendida na Atenção Básica “O Sistema permite o acompanhamento destas pessoas através da saúde pública com definição do perfil epidemiológico e planejamento de ações voltadas para a melhoria da sua qualidade de vida e redução do custo social.” (MAGRINI; GUE MAGRINI, 2012, p.357).

O tratamento da HAS inclui o uso de medicamentos anti-hipertensivos. Estes são disponíveis e podem ser utilizados desde que observadas às indicações e contraindicações específicas (MALACHIAS *et al.*, 2016).

No quadro 4 estão destacados os medicamentos disponíveis:

**Quadro 4- Anti-hipertensivos disponíveis para o tratamento da HAS, 2019.**

DIU (GR: I; NE: A) - Inibidores adrenérgicos
Ação central – agonistas alfa-2 centrais (GR: IIb; NE: C)
BB – bloqueadores beta-adrenérgicos (GR: I; NE: A)
Alfabloqueadores – bloqueadores alfa-1 adrenérgicos (GR: IIb; NE: C)
Vasodilatadores diretos (GR: IIb; NE: C)
BCC (GR: I; NE: A)
IECA (GR: I; NE: A)
BRA (GR: I; NE: A)
Inibidor direto da renina (GR: IIb; NE: C)

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

Um medicamento deve demonstrar a capacidade de diminuir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares, ser eficaz por via oral, ser bem tolerado. Pode ser usado em associação, ser iniciado com menores doses efetivas, ser utilizado por um período mínimo de quatro semanas, antes de modificações, salvo em situações especiais (MALACHIAS *et al.*, 2016).

O tratamento não medicamentoso da HA envolve o controle do peso corporal, a manutenção de uma alimentação saudável e restringindo o consumo diário de sódio para 2,0 g, ou seja, 5 g de cloreto de sódio, a realização de atividade física adequada ao hipertenso, de forma organizada e estruturada. (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Ainda de acordo com Malachias *et al.* (2016, p.30) o tratamento não medicamentoso (TNM) da HA envolve controle ponderal, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros.

Há, contudo, a necessidade de monitorar todas as variáveis relacionadas à adesão ao tratamento, de modo a assegurar a efetividade do tratamento e a eficiência dos serviços de atenção à saúde. Uma abordagem multifocal e multiprofissional é fundamental para o sucesso terapêutico desses pacientes (LIMA; MEINERS; SOLER, 2010, p. 119).

Uma vez que o tratamento medicamentoso e o não medicamentoso são seguidos pelo paciente de forma regular, as chances de maior controle dos índices pressóricos, bem como a redução das complicações da HAS tornam-se possíveis.

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

A seguir, apresentamos os passos subsequentes para construção do plano.

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

Depois da priorização dos problemas apontados pela equipe da ESF em Jaíba, escolheu-se o alto número de pacientes hipertensos cadastrados e com dificuldades em seguir um tratamento de forma adequada. A média do número de usuários hipertensos na unidade é de 495 usuários, dos quais 350 com baixo controle da doença.

Nesse sentido, cabe lembrar o que diz o Ministério da Saúde a respeito do controle da HAS:

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009 *apud* BRASIL, 2014, p. 21).

A hipertensão arterial sistêmica, por seu caráter silencioso em alguns casos, acaba por deixar o paciente mais passivo com relação ao seu processo de tratamento, o que pode agravar em alguns casos e trazendo consequências ao indivíduo. Assim, a equipe de saúde da família tem condições de trabalhar com esta demanda a fim de intervir nesta realidade, e amenizar os agravos da doença.

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

Sendo uma doença crônica, o autocuidado da HAS é permanente e precisa durar por toda a vida do indivíduo. A aceitação e adesão ao plano terapêutico somente ocorrerão na medida em que, o paciente conheça de fato a doença, suas complicações e os benefícios advindos do tratamento correto.

Cabe também aos profissionais de saúde inserir a família no tratamento do hipertenso, por meio das práticas assistenciais e esclarecer acerca do caminho a ser percorrido e tomada de decisão para o tratamento (SANTOS *et al.*, 2019).

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

Relacionados, a seguir, os nós críticos para o enfrentamento do problema “alto número de hipertensos e a baixa adesão ao tratamento”:

- Baixo conhecimento da população sobre HAS, tratamento e seus cuidados;
- Pouca efetividade da referência e contrarreferência (ampliação da estrutura dos serviços)
- Baixa adesão ao tratamento (Nível de instrução da população)

### 6.4 Sexto passo: Desenho das Operações

**Quadro 5** - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “alto número de hipertensos e a baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família NS 2, Áreas A e B em Jaíba – MG

<b>Nó crítico 1</b>	Baixo conhecimento da população sobre HAS, tratamento e seus cuidados.
<b>6º passo: operação</b> (operações)	Orientar a população sobre a HAS (causas, tratamento, consequências e cuidados necessários)
<b>6º passo: projeto</b>	<b><i>ENTENDA A HAS</i></b>
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Grupos educativos em funcionamento  População consciente sobre a HAS, formas de cuidados e redução dos agravos da doença.  Pacientes controlados da hipertensão via tratamento medicamentoso e não medicamentoso.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Formação de grupos operativos Distribuição de folders educativos
<b>6º passo: recursos necessários</b>	<i>Político:</i> sensibilizar toda a equipe para se capacitar e saber comunicar-se com os pacientes <i>Cognitivo:</i> aprendizado sobre o tema hipertensão e



	tratamento <i>Financeiro:</i> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos sobre HAS.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	<i>Financeiro:</i> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos sobre HAS.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Apresentar o projeto aos colegas de equipe e à Coordenação  Dinâmicas reflexivas  Confecção de materiais informativos
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Equipe de saúde: Médico da Unidade, Enfermeira e Agentes comunitários de saúde  2 meses para o início do projeto
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Os resultados esperados serão investigados a partir de reuniões após a realização de cada encontro. Quinzenalmente, os profissionais da unidade irão se reunir e relatar os pontos positivos e negativos do encontro e avaliar as possíveis mudanças necessárias

**Quadro 6-** Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “alto número de hipertensos e a baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família NS 2, Áreas A e B em Jaíba – MG

<b>Nó crítico 2</b>	Pouca efetividade da referência e contra referência (Ampliar a estrutura dos serviços),
<b>6º passo: operação (operações)</b>	Repensar a importância da função de cada profissional dentro da ESF e as possíveis mudanças e formas de atenção ao usuário hipertenso.  Valorizar a referência e contra referencias
<b>6º passo: projeto</b>	<b><i>Participando com a ESF</i></b>
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Profissionais conscientes de seu papel na equipe para o processo de trabalho ser efetivo.  Profissionais valorizando o acompanhamento integral de cada paciente.
<b>6º passo: produtos</b>	Grupo de sala de espera Reuniões quinzenais

<b>esperados</b>	
<b>6º passo: recursos necessários</b>	<i>Financeiro:</i> para o custeio de profissionais habilitados em palestras e projetos motivacionais em organizações  <i>Organizacional:</i> para preparação de local adequado para capacitações, treinamentos à equipe
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Cognitivo: para compreensão sobre o tema  <i>Financeiro:</i> para o custeio de profissionais habilitados em palestras e projetos motivacionais em organizações  Político: para preparação de local adequado para capacitações, treinamentos à equipe.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Palestras motivacionais Reflexões em grupos
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Médico  Enfermeira
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Avaliação semanalmente através de reuniões com a equipe e observando o andamento do projeto

**Quadro 7** - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “alto número de hipertensos e a baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família NS 2, Áreas A e B em Jaíba – MG

<b>Nó crítico 3</b>	Baixa adesão ao tratamento (Nível de instrução da população)
<b>6º passo: operação (operações)</b>	Promover espaço para aprendizado e novos saberes sobre HAS (medicamentos, alimentação adequada do hipertenso), atividades físicas.  Conscientizar os usuários a respeito da importância de adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso.
<b>6º passo: projeto</b>	<b><i>Viva Melhor</i></b>

<b>6º passo: resultados esperados</b>	Pacientes seguindo o tratamento proposto Usuários convivendo melhor com a HAS
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Formação de grupos operativos Distribuição de folders educativos
<b>6º passo: recursos necessários</b>	<i>Organizacional:</i> para preparar e juntar aos profissionais como educador físico, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo  <i>Cognitivo:</i> discussão acerca da importância da adesão ao tratamento e riscos e complicações advindos da não adesão ao tratamento.  <i>Financeiro:</i> para compra de matérias necessários.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	<i>Organizacional:</i> para preparar e juntar aos profissionais como educador físico, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo  <i>Financeiro:</i> para compra de materiais necessários.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Grupos operativos com nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, psicólogo informativo sobre HAS
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Médico, Enfermeira e Psicólogo  4 meses para o início do projeto
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Os resultados do projeto serão avaliados a partir de reuniões após a realização de cada encontro. Quinzenalmente, os profissionais da unidade irão se reunir e relatar os pontos positivos e negativos do encontro e avaliar as possíveis mudanças necessárias.  Desta forma, os encontros serão redigidos em documento e ficando de fácil acesso para profissionais da unidade.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho abordou o tema da hipertensão arterial sistêmica, voltado aos cuidados específicos, diagnóstico e tratamento do usuário na Atenção Básica à Saúde.

A literatura aponta que a HAS é uma doença de grande prevalência e é considerada um problema de saúde pública na atualidade. Observa-se que o diagnóstico da doença precisa ser feito de forma segura para um tratamento adequado. A atenção básica dispõe de recursos suficientes tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento da HAS.

O tratamento medicamentoso envolve o uso de anti-hipertensivos adequados para cada paciente e requer o acompanhamento nas consultas e a participação ativa e regular no grupo hiperdia existente na unidade de saúde. O tratamento não medicamentoso envolve a ingestão de uma dieta hipossódica, com acompanhamento nutricional, realização de atividade física adequada ao hipertenso, manutenção de hábitos saudáveis. Desta forma, busca-se uma vida com mais qualidade ao mesmo tempo em que contribui para uma redução dos agravos da doença, reduzindo os riscos de AVC ou de doença renal crônica.

Destaca-se a importância de uma assistência multiprofissional juntamente aos pacientes hipertensos para maior conscientização dos autocuidados, controle dos índices pressóricos, manutenção de um bom estado de saúde e redução das possíveis complicações da HAS.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

CARVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L.T.; MEDINA, M. G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 265-278, 2014.

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

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3829-3840, 2018.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE. Cidades@. **Histórico**. Jaíba, Minas Gerais, [online], 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>.  
em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=314000&search=minas-geraisjaiba|infograficos:-historico>. Acesso em: 15/05/2019.

JAÍBA. Prefeitura Municipal de Jaíba. **Aspectos gerais: história**, 2019. Disponível em: [www.jaiba.mg.gov.br](http://www.jaiba.mg.gov.br)

LIMA, T.M.; MEINERS, M.M. M.A.; SOLER, O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**. Rio de Janeiro. v. 1, n. 2, p. 113-120, 2010.

MAGRINI, W. D.; GUE MAGRINI, J. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família . **Enfermeria Global**. v. 26, p.354-366, 2012.

MALACHIAS, M.V.B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 107, n. 3, Suplemento 3, p. 1-103, 2016.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010** [Internet]. Genebra: World Health Organization, 2011.

RADOVANOVIC, C. A.T. *et al.* Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 22, n. 4, p. 547-553, 2014.

SANTOS, F. G. T. *et al.* Enfoque familiar e comunitário da Atenção Primária à Saúde a pessoas com Hipertensão Arterial. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 43, n. 121, p. 489-502, abr. 2019.