

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

Arthur Vital Oliveira Vieira

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARAPREVENÇÃO DOS AGRAVOS DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NOS RESIDENTES NO TERRITÓRIO DA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NOVO HORIZONTE EM GOVERNADOR VALADARES -
MINAS GERAIS**

Governador Valadares– Minas Gerais

2020

Arthur Vital Oliveira Vieira

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARAPREVENÇÃO DOS AGRAVOS DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NOS RESIDENTES NO TERRITÓRIO DA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NOVO HORIZONTE EM GOVERNADOR VALADARES -
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide
Negreiros de Araújo

Governador Valadares– Minas Gerais

2020

Arthur Vital Oliveira Vieira

PLANO DE INTERVENÇÃO PARAPREVENÇÃO DOS AGRAVOS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NOS RESIDENTES NO TERRITÓRIO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOVO HORIZONTE EM GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Banca examinadora:

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – UFMG

Profa. Dra. Vanessa Lara de Araújo – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 18/07/2020

RESUMO

A hipertensão é uma doença difusa, crônica, não transmissível e de natureza multifatorial. É uma doença assintomática que compromete o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, levando a um aumento da Pressão Arterial, capaz de comprometer a irrigação tecidual e provocar danos nos órgãos irrigados. O presente projeto tem como objetivo elaborar um plano de intervenção para atuar sobre as doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de riscos mais prevalentes, visando o controle da hipertensão arterial sistêmica. O plano de intervenção contempla o plano para o enfrentamento da Hipertensão Arterial na população adscrita a Estratégia Saúde da Família Novo Horizonte. Para isso foi realizado inicialmente o diagnóstico situacional da Estratégia Saúde da Família Novo Horizonte, utilizando o método da estimativa rápida para o levantamento dos problemas e priorizado os mais relevantes. A seguir, a partir de discussão com a equipe foi selecionado como problema prioritário a alta prevalência de hipertensos. Para fundamentar a elaboração do plano de intervenção foi feita uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e nos manuais do Ministério da Saúde. A elaboração do projeto de intervenção foi direcionada pelos pressupostos do método de Planejamento Estratégico Situacional. O plano de ação buscou atuar sobre os seguintes nós críticos: estilo de vida da população, aspectos socioeconômicos da população, nível de informação da população e capacitação da Equipe de Saúde da Família. O plano de intervenção é extremamente importante para a elaboração de estratégias capazes de atuar no enfrentamento da hipertensão, visando a diminuição da chance do desenvolvimento de um agravo cardiovascular dentre a população assistida pela equipe de saúde Novo Horizonte.

Palavras-chave: Hipertensão. Atenção Primária à Saúde. Fatores de Risco.

ABSTRACT

Hypertension is a diffuse, chronic, non-communicable and multifactorial disease. It is an asymptomatic disease that compromises the balance of vasodilator and vasoconstrictor mechanisms, leading to an increase in blood pressure, capable of compromising tissue irrigation and causing damage to the irrigated organs. The present intervention project contemplates the plan to face Arterial Hypertension in the population included in the Novo Horizonte Family Health Strategy. For this purpose, the situational diagnosis of the Novo Horizonte Family Health Strategy was initially carried out, using the rapid estimate method to survey the problems and prioritizing the most relevant ones. Then, from the discussion with the team, the priority problem was selected. To support the elaboration of the intervention plan, a bibliographic search was made in the databases of the Virtual Health Library. The Ministry of Health manuals were also consulted. The elaboration of the intervention project was guided by the assumptions of the Situational Strategic Planning method. The action plan aimed to solve the following critical nodes: lifestyle of the population, socioeconomic aspects of the population, information level of the population and training of the Family Health Team. The intervention plan is extremely important for the elaboration of strategies capable of acting in the face of hypertension, aiming at reducing the chance of developing a cardiovascular disease among the population assisted by the Novo Horizonte health team.

Keywords: Hypertension. Primary Health Care. Risk Factors.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Aspectos demográficos da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Novo Horizonte, Governador Valadares – Minas Gerais.	10
Quadro 2 - Aspectos epidemiológicos da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Novo Horizonte, Governador Valadares – Minas Gerais.	11
Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados pela Estratégia Saúde da Família Novos Horizonte, Governador Valadares -Minas Gerais.	14
Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Estilo de Vida”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte, Governador Valadares- Minas Gerais.	26
Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Aspectos Socioeconômicos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte, Governador Valadares- Minas Gerais.	27
Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Nível de Informação”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte, Governador Valadares - Minas Gerais.	28
Quadro 7 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Capacitação da Equipe”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte, Governador Valadares, Minas Gerais.	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
USF	Unidade de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
PA	Pressão arterial
DCV	Doença cardiovascular
MEV	Mudança do estilo de vida
FR	Fatores de risco

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
1.1 Aspectos gerais do município.....	8
1.2 O sistema municipal de saúde	8
1.3 Aspectos da comunidade.....	9
1.4 A Unidade Básica de Saúde Novo Horizonte.....	11
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Novo Horizonte.....	12
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Novo Horizonte.....	12
1.7 O dia a dia da Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte.....	12
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	13
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção(segundo passo).....	14
2 JUSTIFICATIVA.....	15
4 METODOLOGIA.....	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
5.1 Atenção Primária à Saúde.....	18
5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	20
5.3 Fatores de Risco.....	21
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	24
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	24
6.2 Explicação do problema (quarto passo).....	24
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	24
6.4 Desenhadas operações sobre nó crítico - operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo).....	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Governador Valadares é uma cidade com uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 279.885 habitantes (IBGE 2019). Está localizada no leste de Minas Gerais, no Vale do Rio Doce e apresenta uma densidade demográfica de 112,58 hab./km² (IBGE 2019).

A cidade é banhada pelo Rio Doce e possui acesso a ferroviária de Ferro Vitória – Diamantina (Vitoria-Minas). A região era importante para pesca, porém com o desastre da barragem em Mariana no dia 5 de novembro de 2015, a água do Rio Doce trouxe desconfiança por causa da contaminação para a população e, conseqüentemente, ela evita de ingerir a água de pias e torneiras, mesmo que filtradas, e consumir os peixes da região.

No âmbito cultural, a cidade é conhecida pela montanha chamada Ibituruna, com 1123m de altura, que é o principal atrativo turístico da cidade pelo voo-livre, além de se ter uma visão panorâmica da cidade (VALADARES, 2015).

1.2 O sistema municipal de saúde

O sistema de saúde de Governador Valadares tem na atenção primária 41 equipes de Estratégia Saúde da Família, quatro Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, 11 Unidades Básicas de Saúde tradicionais e 13 unidades localizadas na zona rural. No serviço especializado o município conta com diversos centros a nível secundário, sendo o Centro Viva Vida um local de referência para a atenção secundária do município. Além deste, tem a Policlínica Central Municipal (PCM), Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas, Centro de Saúde "Dr. Ruy Pimenta", entre inúmeros outros. A atenção de urgência e emergência da cidade conta com o Hospital Municipal de Governador Valadares (HMGV) que é de grande porte e funciona como referência para aproximadamente 80 cidades da região. Além

disso, a cidade conta com uma Unidade de Pronto Atendimento que veio a auxiliar a demanda do HMGV.

Como suporte para as equipes de saúde da família, no tocante as referências para as especialidades, conta-se com a Policlínica Central Municipal (PCM) que disponibiliza atendimentos especializados. Para o apoio diagnóstico da cidade tem diversos pontos de atenção, sendo que a maioria dos exames laboratoriais é realizado pelo laboratório do município, localizado na PCM. Além disso, existe uma grande quantidade de laboratórios particulares na cidade que realizam exames pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de convênios com o município onde realizam exames mais especializados como: cintilografias, mamografias, ultrassonografias, ecocardiograma, entre outros. A assistência farmacêutica da cidade é voltada à farmácia central, localizada no complexo da PCM. Além desta, têm outras nove farmácias distritais. A Vigilância da Saúde é formada pelo Departamento de Vigilância em Saúde, localizado no bairro São Pedro, sendo este composto pelas áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador.

1.3 Aspectos da comunidade

A comunidade Novo Horizonte é composta pela união de cinco bairros: Novo Horizonte, Figueira, Penha, Vila União e Caravelas; contabilizando uma média de 4.416 pessoas na comunidade. A população possui um baixo poder socioeconômico. O bairro conta com saneamento básico, porém em alguns pontos encontra-se os chamados 'lixões a céu aberto' uma vez que, uma parte da população o utiliza como forma de trabalho.

Na comunidade existe uma Escola M. Vereador João Dornellas, uma creche denominada Centro Solidário de Educação Infantil Raio De Luz e quatro associações, sendo uma para cada bairro, com a exceção das Caravelas. O território é precário em sua infraestrutura, até mesmo o acesso a Estratégia Saúde da Família sofre com tal problema, em dias chuvosos é impossível realizar os atendimentos na unidade. Na unidade Novo Horizonte além da equipe de saúde da família, tem a equipe de saúde bucal e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

No quadro 1 apresenta-se os dados demográficos do território de abrangência da equipe de saúde Novo Horizonte, Governador Valadares – Minas Gérias, demonstrando que a população se concentra nas faixas de idade entre 15 a 29 anos de idade, destacando-se como uma população jovem e no na faixas entre 20 a 49 anos como a laborativa em potencial. Há predominância da população feminina.

Quadro 1 - Aspectos demográficos da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Novo Horizonte, Governador Valadares – Minas Gerais, 2019.

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
<1	40	49	89
1-4	183	126	309
5-14	293	294	587
15-19	281	276	557
20-29	294	395	689
30-39	383	360	743
40-49	272	275	547
50-59	200	211	411
60-69	157	148	305
70-79	56	53	109
≥80	34	36	70
TOTAL	2193	2223	4416

Fonte: dados colhidos nos arquivos da Unidade Novo Horizonte (2019)

No quadro 2 destaca-se as condições mais prevalentes no território da unidade, onde o número de hipertensos se destaca dos demais, a seguir o sofrimento mental, o uso de drogas, de álcool e de fumo. Pode-se dizer que muito dessas condições são agrupadas em Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e que necessitam de intervenções, por parte da equipe de saúde da família, com vistas a minimizar as complicações.

Quadro 2 - Aspectos epidemiológicos da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Novo Horizonte, Governador Valadares – Minas Gerais, 2019.

CONDIÇÃO DE SAÚDE	N
Gestante	35
Hipertenso	450
Diabético	93
Pessoas com doenças respiratórias	55
Pessoas que tiveram AVC	21
Pessoas que tiveram infarto	51
Pessoas com doença cardíaca	12
Pessoas com doença renal	05
Pessoas com hanseníase	04
Pessoas com tuberculose	00
Pessoas com câncer	12
Pessoas com sofrimento mental	386
Acamados	16
Fumantes	103
Pessoas que fazem uso de álcool	117
Usuários de drogas	295

Fonte: dados colhidos nos arquivos da Unidade Novo Horizonte (2019)

1.4 A Unidade Básica de Saúde Novo Horizonte

A localização da Unidade Básica de Saúde (UBS) é central, facilitando o acesso da população. Porém, a ambiência dela, do ponto de vista da infraestrutura, apresenta vários problemas, dificultando em dias chuvosos, a realização do atendimento por causa das goteiras.

A Unidade possui várias salas que poderiam ser utilizadas para reuniões e outros atendimentos, mas por recomendação da equipe de engenharia do município, esses espaços não podem ser utilizados, por causa do risco de desmoronamento. Na UBS não tem água potável para consumo. Existe apenas um banheiro para toda a unidade. Há falta de medicação na farmácia da unidade, a ponto de não ter uma simples dipirona.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Unidade Básica de Saúde Novo Horizonte

A equipe de saúde Novo Horizonte é composta por: um médico do PMMB, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal e oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No momento não tem um administrativo para atendimento ao público e auxiliar de serviços gerais. Quem faz a limpeza da unidade são as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Novo Horizonte

A unidade funciona das 07:00h as 17:00h de segunda a sexta-feira, sendo que a unidade não fecha para horário de almoço. A agenda da unidade é elaborada de maneira a atender a demanda da população, sendo que os atendimentos de demanda espontânea suprem a maior parte da agenda. Situação essa, vivenciada na maioria das UBS do município.

1.7 O dia a dia da equipe Novo Horizonte

As atividades da equipe de saúde da Estratégia da Saúde da Família (ESF) Novo Horizonte são divididas por dia e turnos para melhor atender a demanda do território. Esta divisão já estava em vigor antes da minha entrada no serviço, porém realizei algumas modificações mediante as necessidades encontradas na comunidade. De segunda a quarta-feira são oito consultas pela manhã visando à atenção programada, além destes mais quatro são realizados no mesmo período para atender a demanda espontânea.

No período vespertino são realizadas atividades distintas para suprir a demanda local, sendo que na segunda são destinadas as visitas domiciliares, na terça atendimento de puericultura e na quarta-feira, atenção ao pré-natal. Na quinta-feira são realizados os grupos de Hiperdia pela manhã e saúde mental à tarde. O objetivo desta agenda de saúde mental é melhorar a orientação da população sobre as comorbidades oriundas do sofrimento mental, que está presente em grande parte da população adscrita a unidade. Neste mesmo dia são realizadas as renovações de receitas. Isto se deve ao fato da grande demanda do território para essas

renovações, onde são feitas mais de sessenta renovações semanalmente. Nas sextas-feiras não há atendimento médico na unidade.

A enfermeira também tem uma agenda de trabalho, que inclui as consultas de enfermagem e atividades de grupo, visitas domiciliares. Além disso, na segunda-feira à tarde, é realizada a coleta de material para a citologia oncótica e na quinta-feira à tarde, ocorre avaliação de exames de rotina. As ACS realizam visitas todos os dias, de segunda a sexta feira, em todos os períodos, matutino e vespertino. Esta 'regra' só não se aplica durante os grupos descritos anteriormente nos quais não raramente são elas as palestrantes deles, uma vez que, esta função é rotativa a toda a equipe.

Em nossa equipe de saúde da família temos demais profissionais como: cirurgiã dentista, nutricionista, fisioterapeuta, profissional da educação física e psicóloga. Estes trabalham apenas com atenção programada, com exceção da profissional de educação física, que realiza um grupo diariamente no período da manhã para trabalhar com as pessoas portadoras de comorbidades crônicas auxiliando na realização de exercícios físicos. Mensalmente é realizada uma reunião, na primeira segunda-feira do mês, para análise crítica do nosso serviço e de nossas atividades. Neste mesmo encontro são discutidos os casos especiais e atividades a serem desenvolvidas, como por exemplo, as ações de saúde que precisam ser desenvolvidas na comunidade. Nesta reunião contamos com a participação da equipe de saúde bucal.

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

O método de estimativa rápida permitiu a identificação dos principais problemas do território da ESF Novo Horizonte. Os problemas mais relevantes foram:

- Alta prevalência de hipertensos.
- Falta de interatividade entre a equipe.
- Deficiência na infraestrutura da unidade.

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

Depois da identificação dos problemas mais relevantes existentes no território da unidade foi feita uma classificação segundo o grau de prioridade nos mesmos. Também foi levado em consideração a urgência e capacidade de enfrentamento dos problemas (Quadro 3).

Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados pela ESF Novo Horizonte do município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais.

Principais problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/prioridade****
Alta prevalência de hipertensos	Alta	8	Parcial	1
Falta de Interatividade da equipe	Alta	7	Dentro	2
Deficiência na infraestrutura da unidade	Alta	6	Fora	3

Fonte: autoria do autor

Legenda:

*Alta, média ou baixa.

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados.

***Total, parcial ou fora.

****Ordenar considerando os três itens.

2JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a doença crônica não transmissível mais prevalente em pessoas com 18 anos ou mais de idade no Brasil, estipula-se que 21,4%, ou em números absolutos aproximadamente 31 milhões de indivíduos, são portadores de tal doença (SCHMIDT *et al.*, 2009). No território de abrangência da ESF Novo Horizonte – Governador Valadares a doença segue os padrões observados no país, ou seja, é altamente prevalente e atinge cerca de 450 pessoas.

Dessa forma, este plano de intervenção é de extrema importância, visto que, se trata de uma doença muito presente no contexto atual do país, onde a falta de tratamento adequado pode levar a diversas complicações, como um evento cardiovascular, que tem um alto nível de morbimortalidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para atuar sobre as doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de riscos mais prevalentes, visando o controle da hipertensão arterial sistêmica.

3.2 Objetivo específico

Promover atividades educativas visando a difusão de conhecimentos sobre a hipertensão arterial sistêmica.

4 METODOLOGIA

Foi realizado o diagnóstico situacional utilizando o método da estimativa rápida para o levantamento dos problemas e priorizado os mais relevantes. A seguir, a partir de discussão com a equipe foi selecionado como problema prioritário a alta prevalência de hipertensos.

Para fundamentar a elaboração do plano de intervenção foi feita uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde por meio dos seguintes descritores:

Hipertensão.

Atenção Primária à Saúde.

Fatores de Risco

Foram também consultados os manuais do Ministério da Saúde.

A elaboração do projeto de intervenção foi direcionada pelos pressupostos do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme estudado no módulo de Planejamento e avaliação das ações de saúde (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é entendida como um conjunto diversificado de ações com baixa densidade tecnológica realizadas em unidades de saúde a nível ambulatorial não especializado. As unidades básicas de saúde de um modo geral são as portas de entrada do paciente no sistema de saúde. São nas UBS que se espera que sejam solucionados a maior parte dos problemas de saúde que as pessoas apresentam quando procuram o serviço de saúde (LAVRAS, 2011).

Em contrapartida a este relativo consenso, em alguns países a APS é vista como um programa seletivo que visa ofertar poucos serviços, como apresentado por Conill (2008), para atender a demanda de grupos populacionais com baixa renda. Em outros, como em vários países europeus e no Canadá, a APS é vista como o nível inicial de um serviço clínico de qualidade responsável por coordenar o cuidado e a organizar o sistema (LAVRAS, 2011).

Um dos primeiros documentos que utilizou o significado de APS com o olhar de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, com diferentes níveis de complexidade em um determinado território foi o relatório de Dawson, editado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920. Os relatos deste documento contribuíram na organização do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que por sua vez, teve influência positiva na reorganização de sistemas de saúde de outros países do mundo (LAVRAS, 2011).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada na URSS, em 1978 produziu a denominada Declaração de Alma-Ata, que foi outro marco histórico da atenção primária à Saúde. Nessa Declaração, ficou explícito que os cuidados primários são desenvolvidos baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação. Portanto, se torna um cuidado essencial à saúde e representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde (LAVRAS, 2011).

Atualmente, o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde revisou as mudanças guiadas pela APS em países da União Europeia a partir de 1990 e destacou a importância da APS nesses processos.

De acordo com Lavras (2011), o retorno da estratégia de APS é ratificado pelo Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, estudando as mudanças que foram guiadas pela APS em países da União Europeia, a partir de 1990. O crescimento das APS se deve à mudança dos cuidados do nível hospitalar para ambulatorial modificando, portanto, a forma da organização e realização do trabalho.

Os atributos da APS, usados pelo Observatório Europeu condiz com os sugeridos por Starfield (2002) para avaliar estas práticas, tais como: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a centralização na família e a orientação para a comunidade.

De acordo com Starfield (2002), estudiosa da atenção primária à saúde na atualidade, a APS é onde o usuário deve ter o primeiro contato com a assistência continuada centrada na pessoa com o objetivo de atender as suas necessidades de saúde, encaminhando apenas os casos atípicos que exigem uma atuação mais especializada.

Em revisão bibliográfica conduzida por Mendes (2009), essas particularidades são assim interpretadas: o primeiro contato envolve a acessibilidade e o uso do serviço para situações novas ou repetência de um problema para o qual se busca o cuidado. A longitudinalidade é o suporte regular dos cuidados pela equipe de saúde, sendo este por muito tempo, em um local colaborativo e humanizado entre todos os envolvidos (equipe, pessoa usuário e família). A integralidade são as diversas atividades realizadas pela equipe de saúde com o objetivo de atender a população adscrita, se responsabilizando pela oferta de serviços em diferentes pontos da atenção à saúde e reconhecendo todos os agravos causados pela doença seja estes biológicos, psicológicos e sociais. A coordenação é o atributo de assegurar a continuação da atenção por meio da equipe de saúde, estes reconhecendo os constantes problemas que requerem seguimento (MENDES, 2009).

A Unidade de Saúde da Família (USF) trabalha com a finalidade de fornecer respostas a diversos problemas de saúde da população de seu território. O primeiro contato do usuário com sistema de saúde deve ser feito na USF, ou seja, a chamada "porta de entrada". Porém esta visão de "porta de entrada" é bastante simplista o que permite, em muitas das vezes, erros. Uma USF não é um local para realização de triagem e encaminhamento do paciente para serviços especializados. Ela deve ser resolutiva, com funcionários aptos a resolver as adversidades cotidianas de saúde e de manusear novos saberes onde com uma forma educativa tenhamos a promoção a saúde e prevenção de doenças. A USF deve proporcionar como resultado, portanto, que apenas uma pequena parcela (cerca de 15%) dos problemas sejam encaminhados para serviços mais especializados. E até mesmo nestes momentos a USF não irá agir como uma 'porta de entrada', ela continuará tendo a responsabilidade pelo plano terapêutico, mesmo com este sendo realizado em outro serviço, uma vez que, a eSF não deve esquecer de seus usuários, contatando os outros serviços, discutindo os casos e recebendo-os de volta, na contrarreferência, para continuar atuando no nível dos cuidados básicos (BRASIL, 2000).

5.2 Hipertensão arterial sistêmica

Níveis pressóricos arteriais (PA) elevados ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg) podem ser causados por multifatores, e o chamamos de HAS. O aumento dos riscos fatais e não fatais cardiovasculares comumente são associados às mudanças funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) assim como as alterações metabólicas. Um dos grandes impasses da saúde pública brasileira e no mundo é a HAS. No Brasil ela possui uma grande porcentagem, variando entre 22% a 44%, sendo um aumento exponencial de acordo com a idade da população analisada. Desta forma, temos uma média em adultos de 32%, idosos entre 60 a 69 de 50% e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. A HAS pode levar o portador da patologia a diversas complicações. De maneira direta, podemos citar a cardiopatia hipertensiva e, de forma indireta, podemos pontuar as doenças decorrentes de aterosclerose e trombose. A insuficiência cardíaca é um fator etiológico em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica. O Alzheimer e a demência vascular são exemplos de déficits cognitivos que podem decorrer tendo a HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. A HAS é considerada um

dos maiores fatores causais da redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos, uma vez que está se apresenta com uma multiplicidade de consequência que dá origem a diversas DCNT. Mortes ocasionadas por doença cardiovascular (DCV) aumentam de acordo com o aumento pressórico, tendo como limiar a PA 115/75. Vale ressaltar que a HAS é uma doença com grande prevalência e baixa taxa de controle (BRASIL, 2013).

Foi constatado, em 2001, que países com desenvolvimento baixo ou médio tiveram uma média de 7,6 milhões de óbitos devido a elevações pressóricas (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração) e a maior parte das pessoas tinham a idade entre 45 a 69 anos. A principal causa de óbitos no Brasil se deve as DCV, apesar de que, recentemente houve uma importante redução dos casos (WILLIAMS, 2010 *apud* BRASIL, 2013).

A mudança do estilo de vida (MEV) é uma maneira de prevenir o surgimento dos fatores de risco (FR) e o tratamento quando seguido de maneira correta contribui na evolução dos agravos da doença (JARDIM *et al.*, 2007).

5.3 Fatores de risco

Existe uma correlação direta e linear envolvendo o envelhecimento e a prevalência da HAS. Na última década (2000 a 2010) ocorreu um aumento na população de idosos acima de 59 anos, subindo a expectativa de vida da população brasileira para 74,9 anos. Foi realizado um estudo, meta-análise, no Brasil envolvendo 13.978 indivíduos idosos que indicou uma prevalência de HAS em 68% desses. O predomínio de HAS autorreferida foi percentualmente maior no sexo feminino (24,2%). A raça negra manteve uma maior prevalência (24,2%) se comparado com brancos (22,1%) e pardos (20,0%). Segundo o estudo das doenças do coração do Brasil que foi realizado para ver o predomínio da doença de acordo com a cor e etnia, tivemos uma média de 11,1% nos indígenas, 10% em amarelos; 26,3% em pardos/mulatos; 29,4% na branca e 34,8% na negra (MALACHIAS *et al.*, 2016).

O VIGITEL emitiu alguns dados em 2014 que mostrou que durante o período de 2006 e 2014 tivemos um aumento da prevalência de sobre peso, ou seja, IMC \geq 25 kg/m² de 52,5% contra 43%. No mesmo intervalo de tempo foi visto um aumento da

obesidade (IMC \geq 30 kg/m²) de 11,9% para 17,9%. Tendo maiores incidências em pessoas de 35 a 64anos e mulheres (18,2% vs 17,9%), durante o período de 2012 a 2014 tivemos estabilidade (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Um dos fatores de risco (FR) para HAS é o consumo excessivo de sódio, correlaciona-se também a eventos cardiovasculares e renais. Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares mostraram que temos uma média diária por individuo de sódio de 4,7g. Ressalta-se que, o consumo máximo que se recomenda é de 2g de sódio/pessoa/dia. Esta média diminui no perímetro urbano da região sudeste e aumenta em zona rural da região norte. O uso elevado de bebidas alcoólicas, de maneira crônica, é um fator de risco para um aumento da PA (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Em uma meta-análise realizada em 2012, com 16 estudos envolvendo 33.904 homens e 19.372 mulheres foi feita uma comparação entre indivíduos abstêmios e bebedores. Foi visto em mulheres que doses inferiores a 10g de álcool por dia faz um efeito de proteção e risco aumentado para HAS com uso de 30 a 40g diário. Torna-se consistente, em homens, que o uso acima de 31g de álcool por dia eleva o risco de HAS (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Malachias *et al.* (2016) comentam que há uma associação significativa entre o sedentarismo, seja nos momentos de folga e durante o trabalho, e a HAS. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) emitiu alguns dados que mostram que 46,0% dos adultos do sexo masculino não fazem atividades físicas semanais suficientes (150minutos), este percentual é maior quando analisa a situação das mulheres onde o percentual fica em 51,5%. Ocorre uma diferença nas frequências de insuficientemente ativos entre as faixas etárias, destacando-se os idosos acima de 60anos e adultos com ensino fundamental incompleto e sem instrução.

A HAS autorreferida é prevalente na população adulta com baixo nível de escolaridade (31,1%), sendo que temos uma diminuição desta porcentagem quando se analisa as pessoas que possuem o ensino superior completo (18,2%), e ainda fica menor quando se visualiza os que finalizaram o ensino fundamental (16,7%). Contudo, uma pesquisa realizada pelo Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto

(ELSA) Brasil, onde foram analisados funcionários de seis hospitais universitários e universidades com maior grau de escolaridade, foi visto uma predominância de HAS em 35,8%, dentre estes os homens se destacaram. Devido à grande miscigenação não se conseguiu visualizar algum padrão genético que possa ser correlacionado à elevação dos níveis pressóricos (MALACHIAS *et al.*, 2016).

6 PLANODE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Hipertensão Arterial”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, a (s)operação (ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Para realizar o plano de intervenção, aplicou-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA: CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A HAS é uma doença que atinge cerca de 450 pessoas da área de abrangência da ESF Novo Horizonte, o que corresponde à aproximadamente 10,1% da população com 20 anos ou mais. Esses dados foram obtidos dos cadastros das famílias acompanhadas pelos ACS por ocasião das visitas domiciliares. Na ESF Novo Horizonte, a demanda é muito grande e a equipe não consegue suprir as necessidades de atendimento dessa população. Portanto, há uma grande taxa de indivíduos assistidos pela unidade que não são devidamente cadastrados (por falta de tempo hábil ou de profissionais disponíveis para tal tarefa). Acredita-se que o número de hipertensos atendidos na unidade é ainda maior, demonstrando, portanto, a necessidade de atuação sobre tal problemática.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Hipertensão arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (cérebro, rins e coração), sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal (depósito de gordura nos órgãos), intolerância à glicose e diabetes mellitus. A HAS mantém associação independente

com eventos como morte súbita, Acidente Vascular Encefálico, Infarto Agudo do Miocárdio, Insuficiência Cárdica, dentre outros. (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A hipertensão é uma doença difusa, pois se trata de uma disfunção endotelial em todo o sistema vascular acometendo todo o organismo. Por ser de natureza multifatorial é uma das doenças mais comuns do mundo, ou seja, influencia diretamente nos índices de morbimortalidade mundiais. Um dado que comprova esse alto impacto da doença é o fato da HAS ser a principal causa de morte cardiovascular nos Estados Unidos (MALACHIA *et al.*, 2016).

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Nesse momento foram selecionados os nós críticos para o enfrentamento do problema priorizado pela equipe de saúde da família Novo Horizonte – Alta prevalência de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica. Os nós críticos selecionados foram:

- Estilo de Vida da população residente na área de abrangência da ESF Novo Horizonte
- Aspectos socioeconômicos da população residente na área de abrangência da ESF Novo Horizonte
- Nível de informação da população residente na área de abrangência da ESF Novo Horizonte
- Capacitação da Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte

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

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

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Estilo de Vida”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte, do município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Estilo de Vida
6º passo: operação (operações)	VIVA MELHOR
6º passo: projeto	Melhorar a saúde da população por meio da mudança do estilo de vida
6º passo: resultados esperados	Aumentar a adesão de pessoas na prática de atividades físicas Melhorar a alimentação da população Diminuir o número de obesos
6º passo: produtos esperados	Realização de grupos para: instrução sobre a nutrição, realização de atividades físicas Divulgação de informações impactantes e de fácil compreensão sobre os riscos da não adesão à mudança do estilo de vida
6º passo: recursos necessários	Organizacional: Incentivar o público alvo (hipertensos e grupo de risco para hipertensão) a participar dos grupos de apoio. Trabalho articulado em equipe Cognitivo: Profissionais do NASF, para ficarem a frente dos grupos
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Organizacional: Incentivar o público alvo (hipertensos e grupo de risco para hipertensão) a participar dos grupos de apoio. Trabalho articulado em equipe (entre membros fixos da ESF e entre membros do NASF) Cognitivo: Profissionais do NASF, para ficarem a frente dos grupos
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Equipe da ESF Organização do trabalho da equipe e organização da agenda
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Tec. de Enfermagem, 1 mês para montar um projeto de organização condizente com as diretrizes do SUS
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Após a conclusão do projeto, ele será analisado em equipe nos próximos 15 dias. Depois disso, um novo prazo será instituído se necessário.

Quadro 5-Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Aspectos Socioeconômicos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte, do município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Aspectos socioeconômicos
6º passo: operação (operações)	VIVA BEM
6º passo: projeto	Melhorar a qualidade de vida, aumentando a chance de se conseguir um emprego formal.
6º passo: resultados esperados	Aumentar a renda familiar Aumentar a chance de conseguir um emprego
6º passo: produtos esperados	Oferta de cursos técnicos na escola do bairro
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Profissionais capacitados para atuarem nos cursos Político: Criação de uma escola técnica no bairro Financeiro: Verba para construção da escola
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Criação de uma escola técnica no bairro Financeiro: Verba para construção da escola
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Poder executivo municipal Apresentar a gestão municipal um projeto que relacione a baixa condição socioeconômica com o grande número de doenças
9º passo; acompanhamento do plano -responsáveis prazos	Enfermeira, 6 meses para apresentar o projeto
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Após a conclusão do projeto, ele será analisado em equipe nos próximos 3 meses. Depois disso, um novo prazo será instituído se necessário.

Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Nível de Informação”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte, do município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Nível de Informação
6º passo: operação (operações)	MAIS INFORMAÇÃO
6º passo: projeto	Aumentar o acesso a informações sobre hábitos mais saudáveis
6º passo: resultados esperados	Melhorar o conhecimento sobre saúde, com isso a população poderá tomar decisões que tem um impacto positivo sobre sua saúde.
6º passo: produtos esperados	Realização de grupos para instrução sobre hábitos de vida saudáveis Prática da educação em saúde na unidade. Por meio das consultas, na sala de espera, nos grupos etc.
6º passo: recursos necessários	Organizacional: Organização da agenda para a inserção de atividades de educação em saúde Cognitivo: Profissionais da equipe para atuarem nos grupos e para realizarem a educação em saúde
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Organizacional: Organização da agenda para a inserção de atividades de educação em saúde Cognitivo: Profissionais da equipe para atuarem nos grupos e para realizarem a educação em saúde
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Equipe da ESF Organização do trabalho da equipe e organização da agenda
9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Dentista, dois meses para montar um projeto que contemple as medidas propostas acima
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Após a conclusão do projeto, ele será analisado em equipe nos próximos 30 dias. Depois disso, um novo prazo será instituído se necessário.

Quadro 7 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Capacitação da Equipe”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte, do município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Capacitação da Equipe
6º passo: operação (operações)	CAPACITE-SE
6º passo: projeto	Melhorar a qualidade do serviço
6º passo: resultados esperados	Melhorar o fluxo do serviço Orientações mais coerentes e embasadas em evidências Diminuir as complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)
6º passo: produtos esperados	Realização de grupos de capacitação destinados à equipe
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Profissionais capacitados para atuarem nos cursos Organizacional: Elaborar um projeto para melhor aplicação dos temas abordados no cotidiano da ESF
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Profissionais capacitados para atuarem nos cursos Organizacional: Elaborar um projeto para melhor aplicação dos temas abordados no cotidiano da ESF
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Equipe da ESF Organização do trabalho da equipe e organização da agenda
9º passo:acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médico da UBS, 6 meses para apresentar o projeto
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Após a conclusão do projeto, ele será analisado em equipe nos próximos 3 meses. Depois disso, um novo prazo será instituído se necessário.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é uma doença de prevalência alta na população adulta e de idosos e já tem atingido a população jovem. Esta alta prevalência se deve a correlação da doença com o sedentarismo, alimentação inadequada, estilo de vida, redução da expectativa de vida e sua associação a várias outras doenças.

Reconhece-se a importante para a elaboração de estratégias capazes de atuar no enfrentamento da hipertensão, visando a diminuição da chance do desenvolvimento de um agravo cardiovascular dentre a população assistida pela eSFNovo Horizonte.

Em virtude dos fatos expostos, fica evidente o fundamental papel da atenção primária para a promoção da saúde e para a prevenção dos agravos secundários.

Portanto, é necessário destacar que a equipe de saúde da família deve pautar seu trabalho em medidas capazes de atuar diretamente na prevenção, minimizando a necessidade de intervenções puramente curativistas. Dessa forma, a atenção integral a saúde será de fato praticada e haverá melhorias diretas na qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

VALADARES, 2015. Disponível em: <<https://www.valadares.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/aspectos-gerais/12083>>. Acesso em: 28 de Jun. de 2020.

BRASIL. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Milton Menezes da Costa Neto, org. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf. Acesso em: 16 abr. 2020.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cad Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 7-16, 2008.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE, 2019.<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/governador-valadares/panorama>>

JARDIM, P. C. B. V. *et al.* Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 88, n. 4, p. 452-457, Apr. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000400015&lng=en&nrm=iso>. Access on 19 Apr. 2020.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saudesoc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec.2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso>.access on 19 Apr. 2020.

MALACHIAS, M.V. B.*et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 2 - Diagnóstico e Classificação. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 7-13, Sept. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004800007&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Apr. 2020.

MENDES, E. V. Agora mais do que nunca - uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: CONASS, 2009. (Anexo II).

SCHMIDT, M. I. *et al.* Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade autorreferida, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 74-82, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Unesco: Ministério da Saúde, 2002.