

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

Beatriz Cordeiro Santos

**PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES EM HIPERTENSOS ADSCRITOS À UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE LAGOA GRANDE NO MUNICÍPIO DE MINAS NOVAS -
MINAS GERAIS**

Belo Horizonte - Minas Gerais

2020

Beatriz Cordeiro Santos

**PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES EM HIPERTENSOS ADSCRITOS À UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE LAGOA GRANDE NO MUNICÍPIO DE MINAS NOVAS -
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. Maria Dolôres Soares
Madureira

Belo Horizonte - Minas Gerais

2020

Beatriz Cordeiro Santos

**PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES EM HIPERTENSOS ADSCRITOS À UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE LAGOA GRANDE NO MUNICÍPIO DE MINAS NOVAS -
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

Banca examinadora

Professora Maria Dolôres Soares Madureira, mestre, UFMG

Professora [Eliana Aparecida Villa](#), doutora, UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em [07 de outubro](#) de 2020.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é um grave problema de saúde pública, sobretudo por seu difícil controle, e complicações cardiovasculares e metabólicas associadas. Este estudo tem como objetivo propor um projeto de intervenção visando a prevenção de complicações junto à indivíduos portadores de hipertensão, assistidos pela Unidade Básica de Saúde Lagoa Grande, no município de Minas Novas - Minas Gerais. O estudo foi estruturado a partir dos preceitos do Planejamento Estratégico Situacional compreendendo as seguintes fases: estimativa rápida dos problemas, priorização dos problemas, definição dos nós críticos do problema priorizado, bem como elaboração de ações de enfrentamento, e estruturação de metas e estratégias de monitoramento e avaliação. Após definição do problema prioritário foi realizada uma revisão bibliográfica, para dar embasamento teórico. Com as ações realizadas foi possível melhor conhecimento da realidade vivenciada pela comunidade, contribuindo assim para melhor planejamento em saúde. Espera-se que após a implantação do projeto de intervenção proposto seja possível uma melhor assistência aos usuários portadores de hipertensão, maior conscientização destes quanto aos riscos do descontrole hipertensivo, bem como maior prevenção de complicações metabólicas e cardiovasculares por tais usuários.

Palavras-chave: Hipertensão. Prevenção secundária. Doenças crônicas não transmissíveis.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is a serious public health problem, especially due to its difficult control, and associated cardiovascular and metabolic complications. This study aims to propose an intervention project aimed at preventing complications among individuals with hypertension, assisted by the Lagoa Grande Basic Health Unit, in the municipality of Minas Novas - Minas Gerais. The study was structured from the precepts of the Situational Strategic Planning comprising the following phases: rapid estimation of problems, prioritization of problems, definition of critical nodes of the prioritized problem, as well as preparation of coping actions, and structuring of monitoring and evaluation goals and strategies. After defining the priority problem, a bibliographic review **was carried out, to give** a theoretical basis. With the actions performed it was possible to better know the reality experienced by the community, thus contributing to better health planning. It is expected that after the implementation of the proposed intervention project, it is possible to better care for users with hypertension, greater awareness of these users regarding the risks of hypertensive uncontrol, as well as greater prevention of metabolic and cardiovascular complications by these users.

Keywords: Hypertension. Secondary prevention. Chronic non-communicable diseases.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Distribuição etária da população da comunidade adscrita à Equipe de Saúde Lagoa Grande do município de Minas Novas em Minas Gerais, 2019.	10
Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Lagoa Grande, Unidade Básica de Saúde Lagoa Grande, município de Minas Novas, estado de Minas Gerais	13
Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Alta prevalência de hipertensos sem controle pressórico adequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Lagoa Grande, do município Minas Novas, estado de Minas Gerais	24
Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Alta prevalência de hipertensos sem controle pressórico adequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Lagoa Grande, do município Minas Novas, estado de Minas Gerais	25
Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ Alta prevalência de hipertensos sem controle pressórico adequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Lagoa Grande, do município Minas Novas, estado de Minas Gerais	26
Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “ Alta prevalência de hipertensos sem controle pressórico adequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Lagoa Grande, do município Minas Novas, estado de Minas Gerais	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes comunitários de saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente vascular encefálico
CAPS - AD	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SciELO	Scientific Electronic Library Online
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 Aspectos gerais do município de Minas Novas	09
1.2 O sistema municipal de saúde de Minas Novas	09
1.3 Aspectos da comunidade	10
1.4 A Unidade Básica de Saúde Lagoa Grande	11
1.5 A Equipe de Saúde da Família Lagoa Grande	11
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Lagoa Grande	11
1.7 O dia a dia da equipe Lagoa Grande	12
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	12
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	12
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo geral	15
3.2 Objetivos específicos	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
5.1 Doenças crônicas não transmissíveis	17
5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica	18
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	22
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	22
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	22
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	22
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)	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Minas Novas

O município de Minas Novas está localizado na região do Alto Jequitinhonha, estado de Minas Gerais, Brasil. Conforme censo demográfico realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município possuía neste ano uma população de 30.803 habitantes, entretanto a estimativa para 2019 foi de 31.484 habitantes. O município tem sua história de formação intimamente relacionada à exploração de minérios, tendo sido ao longo de sua criação referência para emancipação de diversas outras cidades. Pertencente à mesorregião do Jequitinhonha, e microrregião de Capelinha, está distante de Belo Horizonte, capital do estado, aproximadamente 543 km (IBGE, 2020).

Minas Novas constitui-se de cinco distritos, sendo eles: Minas Novas, Baixa Quente, Lagoa Grande de Minas Novas, Cruzadinha e Ribeirão da Folha. Destaca-se no município a agricultura irrigada, tendo como principais cultivos: milho, feijão, abacaxi, mandioca, e produção de eucalipto para carvoaria e extração de madeira.

No que se refere à estrutura educacional e social, no município existem oito escolas, duas creches, três associações comunitárias, além de comércio varejista, bancos, correios, rede de água e luz elétrica, além de praças e quadras esportivas que são muito utilizadas pela população.

Em relação à estrutura etária, verifica-se no município um predomínio da população jovem, com idade inferior a 29 anos. Considerando a população idosa, percebe-se predomínio do sexo feminino. Um dado importante a ser descrito, é que segundo dados coletados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP, 2019) aproximadamente 35% da população do município vive abaixo da linha da pobreza.

1.2 O sistema municipal de saúde de Minas Novas

O município de Minas Novas conta com 12 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS - AD), um hospital da Fundação Minas Novas, Hospital Doutor Badaró Júnior, além de uma policlínica municipal, Domingos Mota. A estrutura de assistência à saúde do

município atente principalmente baixa complexidade. Nos demais casos os pacientes são encaminhados para municípios vizinhos como Diamantina, Montes Claros, e Belo Horizonte.

1.3 Aspectos da comunidade

Este estudo traz enfoque à comunidade residente no distrito de Lagoa Grande de Minas Novas, com 772 famílias cadastradas, e aproximadamente 2.714 habitantes.

Na tabela 1, é possível verificar a distribuição etária da população, conforme dados coletados pela equipe de saúde.

Tabela 1 - Distribuição etária da população da comunidade adscrita à Equipe de Saúde Lagoa Grande do município de Minas Novas em Minas Gerais, 2019.

Faixa Etária/Ano	Masculino	Feminino	Total
< 1	28	34	62
>1 - <4	128	171	299
≥4 - <15	196	178	374
15-19	152	137	289
20-29	239	269	508
30-39	150	187	337
40-49	170	195	365
50-59	95	116	211
60-69	88	70	158
70-79	23	43	66
≥ 80	15	28	43
TOTAL	1284	1428	2714

Fonte: Dados coletados pela equipe de saúde.

Verifica-se, conforme os registros da equipe uma leve predominância da população feminina, e uma maior representatividade de indivíduos com idade inferior a 50 anos. Outro dado relevante é que aproximadamente 30% da população adscrita possui idade entre 20-39 anos, representando importante força de trabalho da comunidade.

Na comunidade a maior parte da renda é advinda de agricultura e pecuária de subsistência. Há ainda uma parcela da população que se ocupa com atividades de reflorestamento, cuja empresa tem sede no distrito. De maneira geral, verifica-se grande vulnerabilidade socioeconômica, com baixa escolaridade entre os mais velhos, e ocupação da população em serviços braçais.

A coleta de lixo no Distrito ocorre nas vias principais, de maneira irregular, e há ainda o hábito de aterrar o lixo, bem como queima deste. A maior parte das residências não possui rede de esgoto, e utiliza fossas precárias.

Um dado epidemiológico relevante na comunidade é a grande prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Dados coletados pela equipe de saúde apontam que aproximadamente 3% da população com idade superior a 20 anos possui diabetes mellitus (DM). Quanto à hipertensão arterial sistêmica (HAS) estima-se que nessa mesma faixa etária aproximadamente 20% da população seja acometida pela doença. Entre idosos com mais de 70 anos a prevalência de HAS chega a 55%.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Lagoa Grande

A Unidade Básica de Saúde (UBS) está localizada no centro do distrito, em um local de fácil acesso, próxima à creche municipal. Trata-se de uma construção moderna, construída para tal fim, com sala de espera ampla e arejada, cadeiras para acomodar a população, banheiro e mobiliário adequado. Na unidade existe uma sala de reunião, equipada com computador, televisão e demais recursos, o que permite reuniões de grupos operativos como hipertensos, **diabéticos e** gestantes. Há ainda consultórios médico, de enfermagem e odontológico, além de cozinha, sala de curativos **e** almoxarifado.

1.5 A Equipe de Saúde da Família de Lagoa Grande

A equipe de saúde da família (eSF) é composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem **e** sete agentes comunitários de saúde (ACS). Todos os profissionais cumprem uma carga horária de quarenta horas semanais, exceto a médica, que cumpre uma carga horária de 32 horas semanais, visto que possui um dia destinado a estudos, conforme determinado pelo Programa Mais Médicos. Há ainda um cirurgião dentista e uma técnica em saúde bucal, além de uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Lagoa Grande

A UBS funciona de segunda à sexta-feira, das 7:00 às 16:00hs. Geralmente ocorrem 16 a 18 consultas médicas por dia, sendo que estas se dividem em demanda espontânea e atendimento programado. Antes das consultas ocorre sempre triagem pela equipe de enfermagem.

1.7 O dia a dia da equipe Lagoa Grande

O tempo de trabalho da equipe está ocupado aproximadamente 80% com consultas agendadas, demanda espontânea, além de atendimentos à programação de puericultura, saúde bucal, pré-natal e saúde da mulher, com atividades voltadas à prevenção de câncer ginecológico e de mama.

Quanto aos grupos operativos, tem-se em operação grupo de gestantes e grupo de DCNT. Os ACS realizam visitas mensais aos portadores de DCNT e a equipe possui um turno da semana voltado ao atendimento domiciliar a indivíduos acamados. Em relação ao atendimento à puérpera, geralmente é feito ainda na primeira semana após nascimento.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Em relação aos principais problemas de saúde identificados no território, conforme a faixa etária, verificou-se:

- Crianças: má adesão à puericultura, verminoses e diarreia.
- Mulheres: baixa adesão ao pré-natal (início tardio), má adesão ao Papanicolau
- Homens: HAS e DM, etilismo e tabagismo
- Idosos: HAS, DM, doenças cardiovasculares

1.9 Priorização dos problemas

Com os problemas identificados, passou-se à classificação de prioridade dos mesmos conforme mostra o quadro 1, seguindo os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento segundo Faria, Campos e Santos (2018).

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Lagoa Grande, Unidade Básica de Saúde Lagoa Grande, município de Minas Novas, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alta prevalência de hipertensos sem controle pressórico adequado	Alta	09	Parcial	1
Verminoses	Alta	02	Parcial	8
Diarreia	Alta	02	Parcial	7
Baixa adesão ao pré-natal	Alta	02	Parcial	6
Má adesão ao Papanicolau	Alta	03	Parcial	5
Má adesão à puericultura	Alta	05	Parcial	2
Elevado etilismo e tabagismo	Alta	03	Parcial	4
Elevada prevalência de DM sem controle adequado	Alta	04	Parcial	3

Fonte:

*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 comunidade do Distrito de Lagoa Grande de Minas Novas é prioritariamente assistida pela eSF Lagoa Grande. Como se trata de uma comunidade rural verificam-se ainda muitas mazelas na estrutura sanitária, bem como, persistência de hábitos deletérios na população, sobretudo entre adultos e idosos. Entre os portadores de DCNT, sobretudo hipertensos, é observado ainda irregularidade na adesão ao tratamento, elevado etilismo e tabagismo, bem como maus hábitos alimentares.

Diante de tal contexto, o estudo aqui proposto tem sua realização justificada pela relevância de se conscientizar hipertensos sobre os riscos associados ao descontrole pressórico, bem como ofertar melhor assistência a estes usuários, atuando na prevenção secundária, ou seja, prevenindo complicações do quadro hipertensivo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um projeto de intervenção visando a prevenção de complicações junto a indivíduos portadores de hipertensão, assistidos pela Unidade Básica de Saúde Lagoa Grande, no município de Minas Novas - Minas Gerais

3.2 Objetivos específicos

Identificar usuários hipertensos não aderentes ao tratamento;

Promover a estratificação de risco cardiovascular e elaboração de planos terapêuticos individuais aos hipertensos com elevados riscos cardiovasculares;

Sensibilizar hipertensos sobre risco de complicações advindas do controle pressórico inadequado.

4 METODOLOGIA

O estudo foi estruturado a partir dos preceitos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), apresentado por Faria, Campos e Santos (2018), compreendendo as seguintes fases: estimativa rápida dos problemas, priorização dos problemas, definição dos nós críticos do problema priorizado, bem como elaboração de ações de enfrentamento, e estruturação de metas e estratégias de monitoramento e avaliação.

Após definição do problema prioritário foi realizada uma revisão bibliográfica, visando melhor embasamento teórico. Tal revisão se deu nas bases de dados vinculadas a Scientific Electronic Library Online (SciELO), com os descritores em ciências da saúde (DeCS): Hipertensão, Prevenção secundária, e Doenças crônicas não transmissíveis.

A elaboração do texto foi respaldada nas normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e nas orientações do módulo de Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2018), além do Modelo atualizado de trabalho de conclusão de curso que se encontra na Plataforma Ágora (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2019).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, assim como as neoplasias e os distúrbios endócrinos fazem parte de um grupo de doenças denominado Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). As DCNT são responsáveis por uma parcela significativa das taxas totais de mortalidade em todo o mundo, sendo que atingem prioritariamente a população idosa e estão presentes em países considerados de baixa e média renda (MALTA *et al.*, 2017).

O aumento substancial da prevalência das DCNT é atribuído ao envelhecimento populacional e à dinâmica social que promove a inversão da pirâmide etária. As DCNT provocam cerca de 38 milhões de mortes todos os anos, sendo que destas, cerca de $\frac{3}{4}$ são em países subdesenvolvidos. Esse fato contribui para o aumento da taxa de mortalidade na população idosa e que vive em situação de vulnerabilidade social, especialmente na população abaixo dos 70 anos de idade. Isso porque, essa população tem acesso limitado à saúde e fragilidades importantes também de acesso relacionado a ações de prevenção, promoção à saúde e redução de danos (SILVA *et al.*, 2017).

Consideradas como um verdadeiro desafio para as políticas públicas estima-se que somente no ano de 2008 cerca de 36 milhões de pessoas foram a óbito. Dessas 36 milhões de pessoas, 21% foram devido a causas neoplásicas, 12% doenças relacionadas com o aparelho respiratório, 3% devido a DM e a mais prevalente são as doenças cardiovasculares, com uma taxa de mortalidade equivalente a 48%. Além disso, 25% desse total de óbitos foram mortes evitáveis em pessoas menores de 60 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011 *apud* SATO *et al.*, 2017).

No Brasil, as DCNT são também uma preocupação relacionada com a aposentadoria precoce, absenteísmo e também com o presenteísmo. Estima-se que até o ano de 2030 o índice de novos casos relacionados a DCNT e o envelhecimento da população alcance valores superiores a 39% da população que é economicamente ativa. Esses números são preocupantes e alertam as entidades públicas no que tange a buscar formas de prevenir os determinantes de

adoecimento e fatores de risco associados às DCNT, bem como medidas para reduzir os impactos econômicos (HYEDA; COSTA, 2017).

Entre os motivos de adoecimento que contribuem para a elevação da prevalência das DCNT está o estilo de vida. O comportamento deletério da população relacionado com o sedentarismo, utilização excessiva de substância alcoólica e tabágica, nutrição inadequada e o excesso de peso, são fatores de risco que potencializam o surgimento de doenças. Um estudo realizado com a população brasileira evidenciou que 37,3% dos indivíduos consomem hortaliças e frutas de forma regular, 14,5% tem o hábito de fumar e 13,7% tem o hábito de ingerir bebida alcoólica. Evidenciou ainda que, mais de 50% da população está acima do peso, sendo esse um dos principais fatores de risco para o adoecimento (CRUZ *et al.*, 2017).

Contessoto e Prati (2017) discutiram acerca dos fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis. Os autores evidenciaram que os fatores sociais, ambientais, econômicos e culturais também influenciam fortemente para a morbidade e mortalidade das DCNT. Argumentaram ainda que a falta de conhecimento e educação também influencia a adoção de hábitos não saudáveis, assim como, o uso excessivo de computadores, celulares e tecnologias em geral (CONTESSOTO; PRATI, 2017).

Outrossim, muitas são as complicações associadas às DCNT e que interferem na qualidade de vida do indivíduo.

5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças associadas e as que mais causam preocupação à saúde pública, pois são capazes de provocar alterações em nível macro e micro vascular. Entre as principais complicações, estão as neuropatias periféricas, a doença vascular periférica, cardiopatia isquêmica, acidente vascular encefálico, retinopatia diabética, neuropatia sensitiva distal e outras (RODRIGUES *et al.*, 2011).

De acordo com Malachias *et al.* (2016) a HAS é uma doença de etiologia multifatorial, que se caracteriza pela elevação sustentada de níveis pressóricos

maiores ou iguais à 140 e/ou 90 mmHg. Tal quadro comumente está associado à disfunções metabólicas, e distúrbios estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, podendo ser agravada por diversos fatores de risco como a obesidade, quadros dislipidêmicos, DM e intolerância à glicose.

Em estudo realizado por Malta *et al.* (2018), verificou-se uma prevalência de HAS na população brasileira variando entre 21,4 e 32,3% na população geral. Um dado relevante é a associação do envelhecimento com maior ocorrência do quadro hipertensivo. Dados do estudo apontam que em indivíduos com idade superior a 70 anos a prevalência de hipertensão pode chegar a 71,7%.

A HAS promove, com os picos pressóricos e coeficientes pressóricos sustentados e elevados, alterações em órgãos-alvo como vasos sanguíneos, coração, rins e encéfalo. Promove ainda alterações metabólicas desencadeando maior risco de complicações cardiovasculares potencialmente incapacitantes e fatais como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) e doença renal crônica (LIMA; BARROS; OLIVEIRA, 2014).

Nesse sentido, diante de tantos fatores de risco e complicações importantes, é essencial estabelecer estratégias de tratamento. O tratamento da HAS, bem como de outras DCNT, baseia-se em uma série de métodos relacionados à mudança de hábitos de vida e utilização de fármacos. Nesta perspectiva, a adesão ao tratamento por meio da realização de atividade física regular, alimentação saudável, redução do consumo de álcool e a cessação do tabaco são formas eficazes de diminuir a incidência das doenças e reduzir os danos causados por elas. Ademais, a educação em saúde também se configura como estratégia importante para a adesão ao tratamento e para a melhoria dos indicadores de adoecimento (PEREIRA *et al.*, 2011).

A adesão ao tratamento, segundo Gewehr *et al.* (2018, p.180) “consiste em seguir o que foi proposto pelos profissionais de saúde”, portanto a não adesão dá-se pelo abandono do uso de medicamentos por conta própria ou pela sua execução de forma irregular, bem como a não adoção de hábitos saudáveis.

Como forma de implementar as ações estratégicas de cuidado ao portador de DCNT, o Ministério da Saúde no âmbito de suas atribuições criou o Plano de

Enfrentamento de DCNT. Esse plano tem como objetivo estimular o desenvolvimento e a instalação de políticas públicas que possam integrar os serviços de assistência à saúde para controlar e prevenir as DCNT, bem como, os seus principais fatores de risco para o adoecimento. As diretrizes estratégicas do plano fundamentam-se em três pilares essenciais baseados no cuidado ao indivíduo: vigilância, avaliação, monitoramento e informação; promoção da saúde e cuidado integral (BRASIL, 2011).

Para promover mudanças estruturais em todas as dimensões da Rede de Atenção às Pessoas com HAS é essencial reorganizar o processo de trabalho. As práticas ligadas ao acolhimento, atenção centrada no indivíduo e na família, o cuidado continuado, a atenção programada e multiprofissional, o apoio matricial, a regulação da rede de atenção e o projeto terapêutico singular são essenciais para a qualidade do atendimento e ampliação do acesso. Há ainda a assistência coletiva, o autocuidado, a estratificação de risco e a educação profissional permanente (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, a Atenção Básica à Saúde (ABS) se torna ordenadora e definidora da Rede de Atenção. Situada em ponto estratégico da rede, a ABS tem potencial para identificar os fatores de risco, os determinantes sociais e estabelecer ações eficazes de promoção e proteção da saúde da população, bem como “prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde” (BRASIL, 2011 *apud* BRASIL, 2013, p.14). A ABS é compreendida, então, como capaz de atender os problemas de determinada população e oferecer cobertura completa com o apoio de equipes de referência, como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2013).

Diante disso, as DCNT são doenças multifatoriais e que reduzem a qualidade de vida das pessoas. Portanto, é importante que as ações de cuidado das pessoas hipertensas sejam integradas com foco no indivíduo portador da doença e que leve em consideração os aspectos culturais, econômicos e sociais. Estima-se que quando a adesão ao tratamento acontece de forma continuada, cerca de 50% das pessoas melhoram substancialmente dentro de seus respectivos contextos (SILOCCHI; JUNGES, 2017).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) afirma ser fundamental, na abordagem à pessoa portadora de HAS, enfatizar a importância do autocuidado, entendido como responsabilidade do indivíduo, de sua família e da equipe de saúde. O autocuidado é centrado na pessoa, proposto a partir de uma construção conjunta usuário/equipe de um plano de cuidados a partir das necessidades da pessoa, do seu contexto cultural e socioeconômico.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Esse plano de intervenção refere-se ao problema priorizado “Alta prevalência de hipertensos sem controle pressórico adequado” no município de Minas Novas. Registram-se, a seguir, os seguintes passos do PES: descrição do problema selecionado (terceiro passo), explicação (quarto passo), seleção de seus nós críticos (quinto passo) e o desenho das operações (sexto passo) onde são contemplados os demais passos (sétimo a décimo) de acordo com Faria, Campos e Santos (2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Conforme registro da eSF Lagoa Grande, existem 352 hipertensos cadastrados e destes estima-se que apenas 20% realize o tratamento regularmente, embora a equipe não tenha uma análise atualizada deste dado. No ano de 2019 foram registrados seis AVE entre hipertensos da comunidade, e cinco eventos cardíacos, o que evidencia ainda mais a importância de se prevenir complicações do quadro hipertensivo.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A maior parte dos hipertensos adscritos à eSF Lagoa Grande afirmam desconhecer os riscos associados ao controle pressórico deficiente. O etilismo e tabagismo nestes usuários **são tidos** como uma questão cultural, bem como os hábitos alimentares inadequados e o estilo de vida. Por não conhecerem seu risco cardiovascular, bem como não compreenderem adequadamente sua situação de saúde, ocorre baixa adesão ao tratamento, tanto medicamentoso como não medicamentoso, e persistência em tais hábitos deletérios.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Após realizar a priorização do problema, a eSF Lagoa Grande se reuniu para discutir os possíveis nós críticos do problema priorizado. Foram elencados como nós críticos:

- Desconhecimento do perfil dos hipertensos pela eSF;
- Não estratificação de risco cardiovascular dos hipertensos;

- Ausência de conhecimento dos hipertensos sobre os riscos de seu quadro de saúde;
- Baixa adesão dos hipertensos ao tratamento proposto.

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

Os quadros 2 a 5, a seguir, mostram os passos sexto a décimo: desenho das operações para cada causa selecionada como “nó crítico”, operações, projeto, resultados esperados, produtos esperados, recursos necessários para a concretização das operações, viabilidade do plano e recursos críticos, controle dos recursos críticos, ações estratégicas, acompanhamento do plano incluindo seus responsáveis e prazos, monitoramento e avaliação das ações (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2019).

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta prevalência de hipertensos sem controle pressórico adequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Lagoa Grande, do município Minas Novas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Desconhecimento do perfil dos hipertensos pela eSF
6º passo: operação	Estruturar uma revisão de prontuários e análise do perfil dos hipertensos assistidos
6º passo: projeto	Conhecendo melhor nossa demanda
6º passo: resultados esperados	Revisão de 100% dos prontuários de hipertensos, e identificação dos usuários não aderentes ao tratamento.
6º passo: produtos esperados	Revisão de prontuários Análise dos dados coletados Identificação de hipertensos não aderentes
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema Material: prontuários, fichas de cadastro Político: Adesão da equipe às ações propostas
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Adesão da equipe às ações propostas
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsável: Profissionais da eSF Motivação: Favorável Ações Estratégicas: organização da equipe e agendamento
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Divisão de tarefas: Médica e enfermeira Prazo: 02 meses para realização da revisão de prontuários e análise dos dados
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Análise do total de prontuários revistos

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta prevalência de hipertensos sem controle pressórico adequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Lagoa Grande, do município Minas Novas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Não estratificação de risco cardiovascular dos hipertensos
6º passo: operação	Estabelecer práticas de estratificação de risco cardiovascular
6º passo: projeto	Estratificando e intervindo
6º passo: resultados esperados	Estratificação de risco cardiovascular em no mínimo 90% dos hipertensos
6º passo: produtos esperados	Consultas Estratificação de risco cardiovascular Elaboração de Plano Terapêutico individual para hipertensos com elevado risco cardiovascular
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema Material: prontuários, fichas de cadastro Político: Adesão da equipe às ações propostas e adesão da população às consultas
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Adesão da população às consultas
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsável: Profissionais da eSF Motivação: Favorável Ações estratégicas: divulgar na comunidade, agendar com antecedência as consultas
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Avaliação periódica do andamento das consultas – Médica Prazo para consultar todos: 02 meses Prazo para acompanhamento do Plano Terapêutico: 06 meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A cada mês será feita uma reunião com equipe visando análise das ações

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta prevalência de hipertensos sem controle pressórico adequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Lagoa Grande, do município Minas Novas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Ausência de conhecimento dos hipertensos sobre os riscos de seu quadro de saúde
6º passo: operações	Sensibilizar hipertensos sobre risco associado ao descontrole pressórico Melhorar o nível de conhecimento dos hipertensos sobre a HAS e o autocuidado. Estimular mudanças de hábitos e estilos de vida.
6º passo: projeto	Estimulando o autocuidado
6º passo: resultados esperados	Revitalização do grupo operativo de hipertensos, com envolvimento de no mínimo 40% do público-alvo
6º passo: produtos esperados	Revitalização do grupo operativo
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre tema Humanos: profissional para mediar ações educativas Financeiro: recursos para dinâmicas e atividades do grupo Político: adesão dos hipertensos ao grupo
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: adesão dos hipertensos ao grupo
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsáveis: Equipe da ESF Motivação: favorável Ações estratégicas: agendar com antecedência, ofertar lanche e brindes
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Responsável pela programação das oficinas: médica Prazo: 06 meses para planejamento, estruturação do grupo permanente.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliar o nível de informação dos hipertensos durante as atividades do grupo. Monitorar, por meio de um instrumento a ser construído, a mudança de hábitos saudáveis.

Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Alta prevalência de hipertensos sem controle pressórico adequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Lagoa Grande, do município Minas Novas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 4	Baixa adesão dos hipertensos ao tratamento proposto
6º passo: operações	Identificar possíveis causas de má adesão Orientar sobre o esquema medicamentoso e possíveis ajustes Propor planos terapêuticos individuais aos usuários que cursam com baixa adesão ao tratamento
6º passo: projeto	Construindo o cuidado
6º passo: resultados esperados	Incluir no mínimo 80% dos hipertensos na abordagem individual, com identificação dos motivos de adesão, e elaboração dos planos terapêuticos.
6º passo: produtos esperados	Consultas Elaboração do plano Terapêutico
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema Material: prontuários, fichas de cadastro Político: Adesão da equipe às ações propostas e adesão da população às consultas
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Adesão às consultas
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsáveis: Equipe da ESF Motivação: favorável Ações estratégicas: agendar com antecedência, visitas domiciliares com aviso sobre consultas
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Avaliação periódica do andamento das consultas - Médica Prazo para consultar todos: 02 meses Prazo para acompanhamento do Plano Terapêutico: 06 meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A cada mês será feita uma reunião com equipe visando análise das ações

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com as ações pensadas foi possível conhecer melhor a realidade vivenciada pela comunidade, contribuindo assim para melhor planejamento em saúde.

Espera-se que após a implantação do plano de intervenção proposto seja possível uma melhor assistência aos usuários portadores de hipertensão, maior conscientização destes quanto aos riscos do descontrole hipertensivo, bem como maior prevenção de complicações metabólicas e cardiovasculares por tais usuários.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 160p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

CONTESSOTO, Luana Caroline; PRATI, Alessandra Regina Carnelozzi. Fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis. **Revista de iniciação científica da Famma**, v.2, p.1-15, 2017.

CORRÊA, Edison José; VASCONCELOS, Mara; SOUZA, Sônia Lúcia. **Iniciação à metodologia: trabalho de conclusão de curso**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2018. 77p.

CRUZ, Maurício Feijó *et al.* Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre idosos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.3, e00021916, 2017.

FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de. SANTOS, Max André dos. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf. Acesso em: 6 out. 2019.

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

HYEDA, Adriano; COSTA, Élide Sbardellotto Mariano. A relação entre a ergonomia e as doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco. **Rev Bras Med Trab**, v.15, n.2, p.173-81, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Cidades. Minas Gerais. Minas Novas**. Panorama. Brasília. 2020. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/minas-novas/panorama> >. Acesso: 15 jun. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. INEP. Estatísticas e indicadores educacionais: panorama da educação.

2019. Disponível em: http://portal.inep.gov.br/web/guest/lista-de-publicacoes?p_p_id=101_INSTANCE_fd3fLDNOvhsN&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=2&_101_INSTANCE_fd3fLDNOvhsN_delta=6&_101_INSTANCE_fd3fLDNOvhsN_keywords=&_101_INSTANCE_fd3fLDNOvhsN_advancedSearch=false&_101_INSTANCE_fd3fLDNOvhsN_andOperator=true&p_r_p_564233524_categoryId=408632&p_r_p_564233524_resetCur=false&_101_INSTANCE_fd3fLDNOvhsN_cur=5. Acesso em 11 jun. 2020.

LIMA, Edilson R. de; BARROS, Adriana R. C.; OLIVEIRA, Camila A. N. de. Percepção dos clientes hipertensos acerca das complicações da hipertensão arterial sistêmica. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 5, 2014.

MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolivar *et al.*. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.107, n.3, 2016.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.*. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.51, n.1, p.444-451, 2017.

MALTA, Deborah *et al.* Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol**, v.21, n.1, 2018.

PEREIRA, Daniela Silveira *et al.*. A atividade física na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. **Revista gestão e saúde**, v.17, n.1, p.1-9, 2017.

RODRIGUES, Daniele Ferreira *et al.* Prevalência de Fatores de Risco e Complicações do Diabetes Mellitus Tipo 2 em Usuários de uma Unidade de Saúde da Família. **R bras ci Saúde**, v.15, n.3, p.277-286, 2011.

SATO, Tatiana de Oliveira *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis em usuários de Unidades de Saúde da Família - prevalência, perfil demográfico, utilização de serviços de saúde e necessidades clínicas. **Rev. bras. ciênc. saúde**, v.21, n.1, p.35-42, 2017.

SILOCCHI, Cassiane; JUNGES, José Roque. Equipes de Atenção Primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Trab. educ. saúde**, v.15, n.2, p. 599-615, 2017.

SILVA, Amanda Ramalho *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **J. bras. psiquiatr.**, v.66, n.1 , p.45-51, 2017.

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