

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

CALIXTO SAWAYA PIMENTA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA OTIMIZAR O TRATAMENTO
DOS HIPERTENSOS DA COMUNIDADE DA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ PEREIRA REIS
EM SÃO JOSÉ DA BARRA, MINAS GERAIS**

CAMPOS GERAIS / MINAS GERAIS

2019

CALIXTO SAWAYA PIMENTA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA OTIMIZAR O TRATAMENTO
DOS HIPERTENSOS DA COMUNIDADE DA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ PEREIRA REIS
EM SÃO JOSÉ DA BARRA, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora Verônica Amorim Rezende

CAMPOS GERAIS/ MINAS GERAIS

2019

CALIXTO SAWAYA PIMENTA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA OTIMIZAR O TRATAMENTO
DOS HIPERTENSOS DA COMUNIDADE DA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ PEREIRA REIS
EM SÃO JOSÉ DA BARRA, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Professor(a). Nome - Instituição

Examinador 2 – Dra. Maria Marta Amancio Amorim

Aprovado em Belo Horizonte, em 01 de maio de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedico este projeto a toda equipe da Equipe de Saúde da Família José Pereira Reis e à comunidade atendida em nossa área de abrangência.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela saúde física e mental.

Aos colegas de trabalho pela ajuda na realização das atividades do curso de especialização.

Aos funcionários do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva pelo apoio durante o curso.

A todos que contribuíram para mais essa vitória em minha vida.

“Suba o primeiro degrau com fé.
Não é necessário que você veja toda a escada.
Apenas dê o primeiro passo”

Martin Luther King

RESUMO

A Hipertensão Arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Na maioria das vezes é silenciosa, eventualmente apresenta sintomas como dores no peito, cefaleia, vertigens, sangramento nasal, visão turva, caracterizando crise hipertensiva. É uma das principais causas de doenças cardiovasculares que ainda representam grande número de óbitos em todo o mundo, além de apresentar sequelas e complicações, além do impacto na família e comunidade e dispende grandes gastos na saúde pública com internações e medicamentos. Considerando tal proporção, a equipe reuniu-se para propor projeto de intervenção para otimizar o tratamento dos hipertensos da comunidade da equipe de Estratégia de Saúde da Família José Pereira Reis, em São José da Barra, Minas Gerais. Para elaborar o projeto de intervenção foi desenvolvido um planejamento estratégico situacional. Foi realizado também um levantamento bibliográfico de 2009 a 2019, utilizando artigos científicos na base de dados *Scientific Eletronic Library Online*, Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva e publicações do Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde. Foram identificados os seguintes nós críticos: obesidade; sedentarismo; baixa adesão ao tratamento; não seguimento de agenda programática. A partir destes, foram propostas ações que possam impactar positivamente na comunidade. Conclui-se que a Estratégia de Saúde da Família apresenta importante papel no campo de intervenções no indivíduo e comunidade.

Descritores: Hipertensão. Doença crônica. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Arterial hypertension is a multifactorial clinical condition characterized by elevated and sustained blood pressure levels. Most often it is silent, eventually exhibiting symptoms such as chest pain, headache, dizziness, nasal bleeding, blurred vision, characterizing hypertensive crisis. It is one of the main causes of cardiovascular diseases that still represent a large number of deaths worldwide, besides presenting sequels and complications, besides the impact on the family and community and it spends great public health expenditures with hospitalizations and medicines. Considering this ratio, the team met to propose an intervention project to optimize the treatment of hypertensive patients from the José Pereira Reis Family Health Strategy team in São José da Barra, Minas Gerais. In order to elaborate the intervention project, a situational strategic planning was developed. A bibliographic survey was carried out from 2009 to 2019, using scientific articles in the Scientific Eletronic Library Online database, Virtual Health Library, Virtual Library of the Center for Education in Public Health, and publications of the Ministry of Health and Health Secretariat. the following critical nodes: obesity; sedentary lifestyle; low adherence to treatment; not following a programmatic agenda. From these, actions were proposed that could positively impact the community. It is concluded that the Family Health Strategy has an important role in the field of interventions in the individual and community.

Key words: Hypertension. Chronic disease. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CV	Cardio Vascular
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DCV	Doença Crônica Vegetativa
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LILACS	<i>Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde</i>
Mmhg	Milímetro de Mercúrio
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PES	Planejamento estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Imagem do Centro da Cidade de Nova Barra	13
Quadro 1	Agenda Programática do Médico e Enfermeira da ESF José Pereira Reis	16
Quadro 2	Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família José Pereira Reis, município de São José da Barra, Estado de Minas Gerais	16
Quadro 3	Recomendações para tratamento não farmacológico	26
Quadro 4	Tipos de medicação a serem prescritos para controle da hipertensão	27
Quadro 5	Classificação da HAS	28
Quadro 6	Descritores do Problema	30
Quadro 7	Desenho das operações para resolução do nó crítico “Obesidade” na ESF José Pereira Reis em São José da Barra, Minas Gerais, 2017	31
Quadro 8	Desenho das operações para resolução do nó crítico “Sedentarismo” na ESF José Pereira Reis em São José da Barra, Minas Gerais, 2017	32
Quadro 9	Desenho das operações para resolução do nó crítico “Baixa adesão ao tratamento medicamentoso” na ESF José Pereira Reis em São José da Barra, Minas Gerais, 2017	33
Quadro10	Desenho das operações para resolução dos nós críticos “Comunidade não segue agenda Programática e comparece na demanda espontânea” na ESF José Pereira Reis em São José da Barra, Minas Gerais, 2017	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Breves informações sobre o município de São José da Barra - MG	11
1.2. Aspectos da comunidade	12
1.3 O sistema municipal de saúde	12
1.4. A unidade básica de saúde José Pereira Reis	13
1.5. A equipe de Saúde da Família, na UBS José Pereira Reis	13
1.6. O horário de funcionamento da unidade	14
1.7. O dia a dia da equipe da Estratégia de Saúde da Família José Pereira Reis	14
1.8 Estimativa Rápida	15
1.9 Priorização dos problemas	16
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVO	21
3.1 Objetivo Geral	21
3.2 Objetivo Específicos	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	30
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	30
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	31
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	31
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de São José da Barra - MG

São Jose da Barra é um pequeno município com 7371 habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para o ano de 2018. Localiza-se na região sudeste de Minas Gerais, com distância de 334 km da capital do Estado. Possui área total de 314.253 km² e densidade demográfica de 21,57 Habitantes/Km² (IBGE, 2018).

A história do município se divide em dois momentos, antes da construção da Hidrelétrica de Furnas, quando era apenas um arraial e após a construção da Usina. Pertencia distritamente a Passos, e apenas em 1995 foi emancipada. Hoje é conhecida como Nova Barra, pois o arraial foi completamente submerso pelas águas da represa em 1963. A pequena cidade foi construída para abrigar os moradores, contudo, com precária infraestrutura, ao contrário da Vila de Furnas que foi construída para os funcionários, com boas condições de saneamento e até lazer. Foi construída em forma de “Banjo” (IBGE, 2017).

São José da Barra foi emancipado em 1995. Inicialmente era distrito da cidade de Passos, até o ano de 1939 e, depois, passou a fazer parte do município de Alpinópolis (IBGE, 2017).

A economia baseia-se na usina hidrelétrica, cultivo de milho, pimenta, café e criação de gado, suínos e frango, além do crescimento do turismo junto ao lago de Furnas. Em sua geografia, a fauna é muito rica em espécies como tamanduás, lobo guarás e outros (SÃO JOSE DA BARRA, 2018).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,739, considerado alto. O IDH é composto por três componentes (renda, longevidade e educação). No caso de São José da Barra o componente de longevidade (0,876) é o que mais contribui para a elevação do índice, seguido da renda com 0,722 e educação 0,637. O Produto Interno Bruto (PIB) per capita é de 76.908,93 reais (IBGE 2018).

O salário médio mensal dos trabalhadores formais é de 5,4 salários mínimos. O percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário mínimo é de 35,7 % (IBGE, 2018).

A taxa de educação entre 6 a 14 anos de idade é de 99,2%. O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), anos iniciais do ensino fundamental, é de 7,9% e o IDEB dos anos finais do ensino fundamental é de 4,8%. Há cinco estabelecimentos de ensino fundamental e dois estabelecimentos do ensino médio (IBGE, 2018).

A maioria da população se diz católica, porém os evangélicos estão em grande crescimento. Ainda, segundo dados do IBGE, no ano de 2018, a cidade possui 87,5% de esgotamento sanitário adequado e o índice de mortalidade infantil é de 25,57 óbitos por mil nascidos vivos.

Figura 1 - Imagem do Centro da Cidade de Nova Barra:



Fonte: SÃO JOSE DA BARRA, (2017).

1.2 Aspectos da comunidade

São três grupos de territórios que compreendem a cidade de São José da Barra: a nova Barra, que é o centro da cidade e outras duas comunidades também da zona urbana: Vila de Furnas e o Can Can. Neste há um baixo nível de escolaridade e de renda. As pessoas vivem basicamente da agricultura e da criação de animais. Poucos usuários têm plano de saúde. Enquanto isso a Vila de Furnas foi formada para abrigar os funcionários da hidrelétrica de Furnas, com formação profissional ou construtores, e apresenta infraestrutura adequada, áreas verde, lazer, clube e os residentes do local, trabalham ou recebem aposentadoria da Usina, o que lhes garante melhor padrão de vida, maior nível de escolaridade para seus filhos e planos de saúde em cidades de maior porte.

Existe coleta do lixo na região urbana e nas entradas das comunidades rurais, três vezes na semana em cada local, representando 94,2%; enquanto isso 3,4% é queimado e 2,32% jogado a céu aberto. Em relação ao abastecimento de água 96% das famílias utilizam água tratada pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA) e quanto à rede de esgoto, 87,5% utilizam a rede pública (IBGE, 2018). Na distribuição por gênero, o sexo masculino representa 51,1% da comunidade e 48,9% pertence ao sexo feminino (IBGE, 2018).

1.3 O sistema municipal de saúde

A rede de saúde pública é composta por um hospital geral que atende urgência/emergência e internações de casos mais simples, e na rede de atenção primária à saúde existem duas Equipes de Estratégias de Saúde da Família que atendem zona urbana e rural, uma para cada seguimento.

Cada uma das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por um médico, uma enfermeira, e duas técnicas de enfermagem. Na equipe que atende a zona urbana há quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e na equipe que atende zona rural há cinco ACS.

Estas equipes recebem apoio de uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto pelos seguintes profissionais: fisioterapeuta, assistente social, psicóloga e nutricionista.

Além dos profissionais da ESF, o município conta com atendimento de duas psicólogas na rede pública, dois ginecologistas e um pediatra.

Existem também dois cirurgiões dentistas e duas auxiliares em Saúde Bucal, que realizam atendimento primário em saúde odontológica e, casos que necessitam de especialistas, são referenciados à Passos.

Os exames de patologia clínica são coletados no município através de convênios com a prefeitura, entretanto as amostras para análise são encaminhadas ao município vizinho e

entregues à população no próprio posto de coleta. Exames radiográficos e ultrassons também são realizados em São José da Barra.

A maioria dos casos é referenciada à cidade de Passos, para consultas, exames e internação. Há no município o provimento de Tratamento fora do Domicílio (TFD) que é responsável em realizar agendamentos e providenciar transportes para atender as demandas fora do município.

Há também o serviço de epidemiologia e zoonoses. A cidade possui alguns consultórios particulares.

1.4. A unidade básica de Saúde José Pereira Reis

A comunidade de Nova Barra, na qual o autor do presente trabalho atua, localiza-se no centro da cidade. Neste local fica alocada a Unidade Básica de Saúde (UBS) e há uma equipe denominada José Pereira Reis. Esta é referência para outros dois bairros mais distantes que pertencem ao município, que são: a Vila de Furnas e o Can Can.

A ESF está inserida em espaço próprio, amplo e bem conservado, atendendo a necessidade de consultórios profissionais, sala de espera e recepção, além de cozinha, banheiro diferenciado para funcionários, usuários e portadores de necessidades especiais. Possui sala de imunização e sala de triagem neonatal, sala de Curativo, sala dos ACS's, onde também são realizadas as reuniões de equipe. Quanto aos medicamentos, somente o anticoncepcional oral Ciclo 21 e sulfato ferroso e ácido fólico são distribuídos pela equipe, porque fazem parte de programas que regulamentam sua distribuição, os demais são dispensados na farmácia básica do município, que é centralizada. Os recursos físicos de materiais de consumo e materiais permanentes atendem a necessidade da UBS. A UBS segue padronização de identificação da ESF na parte externa, mural de recados, mapa de abrangência e agendas dos profissionais entre outras informações. Há caixa de sugestões, que são lidas pela enfermeira nas reuniões de equipe, uma vez ao mês, sendo algumas acatadas e adaptadas.

1.5. A equipe de saúde da Família, na UBS José Pereira Reis

A ESF possui 920 famílias cadastradas, distribuídas em quatro micro áreas, havendo um total de 3165 pessoas cadastradas (E-SUS ATENÇÃO BÁSICA, 2017).

A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e quatro ACS. Os dois primeiros profissionais citados residem em Passos, município vizinho, enquanto os outros são munícipes de São José da Barra. Todos os membros da equipe são concursados e trabalham na ESF há pelo menos cinco anos, exceto o médico. Os ACS são moradores dos bairros atendidos e fazem parte da comunidade. Destes, três tem segundo grau completo, um nível fundamental.

Na Unidade de Saúde no centro da cidade, em Nova Barra estão lotados o médico, a enfermeira, uma técnica de enfermagem e dois ACS. Em Furnas fica uma técnica de enfermagem e um ACS, assim como no Can Can. Nesses locais há visita médica e da enfermeira uma vez ao mês aos acamados. Quando necessário, há consulta antes da data agendada. Os usuários entram em contato com as profissionais do seu bairro e eles agendam consultas na cidade. Os usuários chegam até o local em transporte público (Van) que vai no início da manhã e volta na hora do almoço diariamente, ou em carro particular.

1.6. O horário de funcionamento da unidade

A unidade de saúde funciona de segunda a sexta-feira, das 07h:00 min às 16h:30 min, ficando fechada para almoço das 12h:00min às 13h:00min. Eventualmente a unidade de saúde é aberta no período noturno e aos sábados para atender a população que trabalha no mesmo horário de funcionamento. A cada quinze dias a unidade é fechada a partir das 15h:30 min para reuniões de equipe ou educação permanente.

1.7. O dia a dia da equipe da Estratégia de Saúde da Família José Pereira Reis

As ações seguem padronização do Programa de Melhorias no Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). As agendas são programáticas atendendo todos os ciclos de vida, exceto a da demanda espontânea que é feita diariamente, sem agendamento prévio. Os agendamentos da enfermeira e do médico seguem o mesmo padrão, alguns usuários são atendidos por ambos os profissionais, e outros apenas com um deles.

Às quintas feiras o médico visita os acamados dos bairros e realiza consulta médica, quando necessário, aos outros moradores. As visitas seguem a seguinte agenda: 1ª e 2ª quinta: Nova Barra, 3ª quinta-feira: Can Can, 4ª quinta-feira: Vila de Furnas.

Os grupos da equipe com gestantes são realizados na sala de espera da unidade de saúde. Já as reuniões com hipertensos e diabéticos, ou outros eventos que atendem maior número de pessoas, são realizados no salão comunitário, próximo à unidade.

A participação comunitária é pouco expressiva e apenas algumas pessoas participam dos grupos, sendo condicionados às receitas.

O quadro 1, a seguir, apresenta a agenda eletiva do Médico e Enfermeira da equipe.

Quadro 1. Agenda Programática do Médico e Enfermeira da ESF José Pereira Reis, São José da Barra, Minas Gerais.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Saúde Mental +Demanda espontânea	Hipertensos e Diabéticos +Demanda espontânea	Pré – Natal Puerpério Saúde da Mulher +Demanda espontânea	Visitas domiciliares	Dia de Estudo do Médico (Não atende na ESF) Atendimentos Gerais da Enfermeira
Tarde	Puericultura e Herbicultura + Demanda espontânea	Hipertensos e Diabéticos + Demanda espontânea	Saúde Mental E hanseníase e tuberculose se houver	Atendimentos Gerais e Reunião de equipe	Atendimentos Gerais Serviço Administrativo

Fonte: Quadro de avisos ESF José Pereira Reis (2018).

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

Foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF José Pereira Reis, por meio do método de Estimativa Rápida, sendo possível identificar os seguintes problemas de saúde:

1. Modelo de saúde voltado para a medicalização da saúde. Os usuários buscam receitas de remédios para solução de seus problemas.
2. Baixa participação da população nas questões relacionadas ao funcionamento da unidade/ ESF.
3. A população tem dificuldade em seguir planejamento da agenda programática e diariamente o fluxo da demanda espontânea é excessivo e frequente.
4. A cidade oferece poucas atividades voltadas aos grupos etários, principalmente em relação ao lazer e atividades físicas.

5. Há elevada prevalência de hipertensos, com baixa adesão ao tratamento, uso incorreto de medicações, falta de outros cuidados para evitar complicações, como alimentação saudável e falta de atividades físicas.
6. Há 224 crianças menores de 4 anos, número considerado expressivo. Avaliamos que são necessárias maiores ações de planejamento familiar para a comunidade.
7. A cidade possui água encanada e rede esgoto, contudo não são tratados.
8. Limitação da continuidade da assistência. Os recursos na rede integrada à saúde são limitados. A cidade é pequena, com poucos habitantes, sendo os usuários referenciados a outros polos de atenção.

1.9 Priorização dos problemas (segundo passo)

O quadro 2 apresenta a classificação dos problemas identificados, considerando sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento por parte da equipe.

Quadro 2. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família José Pereira Reis, município de São José da Barra, Estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/ Priorização
Grande fluxo de demanda espontânea	Alta	18	Parcial	2
Baixa participação da comunidade no planejamento das atividades junto à ESF	Alta	16	Parcial	3
Modelo voltado a Medicalização da saúde	Alta	13	Parcial	5
Elevada prevalência de hipertensos sem tratamento adequado	Alta	20	Parcial	1
Número expressivo de crianças menores de 4 anos	Alta	15	Parcial	4
Limitação de	Alta	20	Fora	6

continuidade da assistência: poucos exames e especialistas a nível local				
Rede de água e esgoto parcialmente tratadas	Média	20	Fora	7
Poucas atividades de lazer e entretenimento na cidade	Baixa	10	Fora	8

Fonte: Autoria própria (2018)

Legenda:

Importância: alta, média, baixa.

Urgência: Classificada de zero (0) mínima a vinte (20) máxima

Capacidade de enfrentamento por parte da equipe: Dentro: possível

Parcial

Fora: não é possível

Classificação/ Seleção: numerados de um (1) a oito (8) por ordem de prioridade.

O problema da **baixa cobertura da rede esgoto** na cidade é considerável, contudo, está fora da capacidade de resolutividade pela equipe, já que envolve setores administrativos e de infra-estrutura pela gestão municipal.

O **alto número de crianças** leva à reflexão sobre ações de Planejamento Familiar pela equipe, entretanto não traz consequências negativas para a comunidade.

O **grande fluxo da demanda espontânea** tumultua o atendimento programático e é preciso que a equipe organize essa demanda, tanto para repensar os processos de trabalho da equipe quanto para averiguar se está atendendo às expectativas de quem utiliza o sistema. Esse problema está relacionado também com a **baixa participação da comunidade** nas ações de planejamento da equipe de referência, pois existe até a Lei 8142 (28/12/90) (BRASÍLIA, 1990) que define a participação popular, entretanto essa é uma realidade comum a vários municípios e pode ser trabalhada em outro momento. Essa participação da comunidade tem íntima relação com outro problema também selecionado que é **medicalização da saúde**, pois com a implantação das equipes de ESF, a comunidade deveria priorizar ações de prevenção à saúde, todavia, ainda procuraram por remédios para sanarem seus problemas.

A **limitação da continuidade da assistência** é de grande relevância, porém, é característica comum de pequenos municípios, com baixo número de habitantes e consequente limitação de especialistas e exames mais especializados. A população é referenciada a outras cidades de maior porte e, muitas vezes, os profissionais da atenção básica não têm continuidade daquele acompanhamento. Todavia, isso é parte da competência organizacional da Secretaria de Saúde e de pactuações com outros serviços, não sendo resolvida pela ação da equipe. Outra característica de cidade de pequeno porte é a **falta de atividades de lazer para a comunidade**, entretanto está fora da capacidade da equipe intervir.

O **número expressivo de hipertensos sem tratamento adequado** foi o problema escolhido para ser aplicado pela equipe, nesse projeto de intervenção, já que é de grande urgência, de alta importância e muitos fatores podem e devem ser trabalhados pela equipe, já que podem acarretar graves danos à saúde do indivíduo, família, comunidade, sistema de saúde e inclusive mercado de trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com Silva (2010) a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um grande desafio na saúde pública, já que grande parte da população é afetada, desde jovens até indivíduos em idade adulta, crescendo o número de mortes. É considerado um desafio, pois, também envolve fatores econômicos, culturais e psicossociais de seus portadores.

Diversos programas são trabalhados na atenção básica à saúde, entretanto a HAS apresenta comportamento agressivo, com aumento do número de casos, atingindo inclusive jovens e até crianças. De acordo com Pinheiro (2009) essa patologia está associada à insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica, retinopatia hipertensiva, Acidente Vascular Encefálico (AVE) hemorrágico e isquêmico, além de arteriosclerose e demência por micro infartos cerebrais.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) a mortalidade por doenças cardiovasculares aumenta gradativamente, chegando a representar 54% por AVE e 47% por doença isquêmica cardíaca entre adultos de 45 a 69 anos de idade.

O autor do presente trabalho atua na área médica assistencial há mais de 40 anos, com maior parte do tempo voltado à Pediatria. Em apenas sete meses de dedicação em uma equipe de saúde da família, deparou-se com a frequente presença da população portadora de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como os hipertensos e diabéticos, sempre solicitando tratamento medicamentoso, sem adotar mudanças no estilo de vida e sequer participar de consultas de profissionais ou grupos de orientação oferecidos pela equipe.

Na área de abrangência da ESF José Pereira Reis, há 3660 habitantes, sendo 1577 usuários na faixa etária de 25 a 59 anos. Destes, 378 foram diagnosticados com HAS, ou seja, 23,97% da população. Espera-se que haja 25,8% de casos diagnosticados nesta faixa etária (MINAS GERAIS, 2010). Enquanto isso há 290 idosos. Destes, 181 são hipertensos, o que representa um total de 62,41%. Este percentual está acima do esperado para a faixa etária, que seria de 52,5% (MINAS GERAIS, 2010). Dessa forma, percebe-se que há uma alta prevalência de hipertensos na área de abrangência.

Além disso, atendemos pessoas com sequelas de AVE. Muitas encontram-se acamadas e outras tantas com limitação na fala ou nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD). Isso

diminui a qualidade de vida do indivíduo e gera transtornos familiares, pois, além da dependência física, pode-se também afetar o padrão financeiro daquela família, quando o ordenador de despesas sofre um AVE ou a matriarca já não oferece os cuidados da casa e da família. Esta problemática torna-se ainda mais relevante, já que São José da Barra é uma pequena cidade em que a maioria das famílias mantém os tradicionais padrões de estrutura familiar, com o marido e os filhos trabalhando, enquanto a mãe cuida de toda a casa e família. Outro fator agravante como consequência, é que as chances de reabilitação na cidade são limitadas. Há apenas uma fisioterapeuta que oferece trabalho na saúde pública, e não são todas as pessoas que tem acesso às sessões.

Pode-se dizer ainda, que além das consequências no nível da família e comunidade é importante citar, que essa patologia dispende grandes gastos na saúde pública. Isto é apresentado desde medicações disponibilizadas pelos programas governamentais, exames laboratoriais e de imagem, equipes de saúde multiprofissionais, e, quando chegam a nível terciário, o tratamento com hospitalizações ainda é relevante.

Justifica-se, assim, a aplicação do projeto pela equipe da ESF José Pereira Reis, em São José da Barra, Minas Gerais.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral:

Propor projeto de intervenção para otimizar o tratamento dos hipertensos da comunidade da ESF José Pereira Reis, em São José da Barra, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos:

Sensibilizar os hipertensos sobre a importância do tratamento da hipertensão arterial

Ampliar a adesão à terapêutica proposta para melhorar qualidade de vida e diminuir agravos.

4 METODOLOGIA

Para identificar os problemas na área de abrangência da ESF José Pereira Reis, foi realizado o diagnóstico situacional, avaliando os problemas de saúde local.

Utilizou-se o método de Estimativa Rápida, com informações coletadas a partir de instrumentos de trabalhos diários como sistemas de informação (E-SUS, dados epidemiológicos), registros da equipe de saúde da família e observação ativa da área com discussão com colegas de trabalho durante reunião de equipe.

“A Estimativa Rápida deve, além de identificar os principais problemas de saúde da área de abrangência, produzir informações que permitam conhecer as causas e as consequências do problema. Como já foi dito, diagnosticar é compreender o processo da causa de um problema” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.1)

A partir do Diagnóstico Situacional, foram realizadas dez etapas do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme apresentado no módulo Planejamento e Avaliação em Saúde. Nele, o problema foi definido e priorizado, confrontando os problemas de maior magnitude, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe, sendo a HAS o tema escolhido. Houve a descrição e explicação do problema. No próximo, foram listados os nós críticos, seguido do desenho das operações, e considerando a equipe, comunidade e demais atores identificaram-se os recursos críticos, entre financeiros, cognitivos e organizacionais e então realizou-se a análise de viabilidade do plano. Por fim, elaborou-se um processo de monitoramento e avaliação das ações.

Foi realizada também revisão narrativa da literatura, no período de 2008 a 2018, nos bancos de dados *ScientificElectronic Library online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e dados dos bancos do Ministério da Saúde, utilizando-se os seguintes descritores: hipertensão arterial; doença crônica; atenção primária de saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 O Que é a Hipertensão Arterial

Considerada uma doença crônica e não transmissível, a ~~hipertensão arterial sistêmica~~ (HAS) apresenta causas multifatoriais relacionadas a alterações funcionais, metabólicas e estruturais e pode ser definida como aumento da pressão sistólica e diastólica quando maior que 140 x 90 mmhg, respectivamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

Sabe-se que se trata de uma doença hereditária em 90% dos casos, entretanto outros fatores podem influenciar no desenvolvimento como: tabagismo, obesidade, consumo frequente de bebidas alcóolicas, estresse, consumo elevado de sal, altos níveis de colesterol e sedentarismo. Também é mais prevalente na raça negra e há maior frequência com o aumento da idade (BRASIL, 2019). Por ser uma doença considerada silenciosa, muitas vezes os sintomas da HAS aparecem somente quando os níveis pressóricos sobem muito, e o indivíduo pode apresentar dores no peito, cefaleia, vertigens, zumbido no ouvido, sangramento nasal, fraqueza, visão turva (BRASIL, 2019).

A aferição da pressão arterial é de fácil medição pelo profissional de saúde e é relevante que passe a ser realizada de forma rotineira. A medida deve ser feita a cada ano, em adultos que estejam com a pressão de até doze por oito. Se houver, casos confirmados na família, a frequência deve ser no mínimo duas vezes ao ano. Já medidas no intervalo de doze por oito a quatorze por nove, deve ser adotada uma atitude preventiva sendo realizada a cada seis meses. Enquanto isso, caso esteja acima de quatorze por nove sinaliza presença de HAS e deve ser feito acompanhamento e, possivelmente, tratamento (MAYNARDE *et al*, 2017).

Deve ser observado os níveis de pressão arterial e, de acordo com este, identificar o estágio do quadro hipertensivo (SILVA, 2010).

5.2 Dados Epidemiológicos

Aponta-se que, em todo o mundo, 18% das mortes (9,4 milhões) foram provenientes da elevação da pressão arterial no ano de 2010. Em média 40% das pessoas acima dos 25 anos de

idade possui HAS, e em vários países, a cada cinco pessoas, uma apresenta pré-hipertensão (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2016).

No continente Americano 20 a 40% da população adulta apresenta HAS, ou seja, cerca de 250 milhões de pessoas (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2016).

No Brasil a taxa de mortalidade por doença cardiovascular (DCV) é de 70,6% representados principalmente pelo AVE e a doença coronariana, doenças que estão relacionadas diretamente com a elevação dos níveis pressóricos (MINAS GERAIS, 2013).

5.3 Sintomas da Hipertensão Arterial

Pelo fato da HAS ser predominantemente uma doença silenciosa, estima-se que, em torno de 90% dos casos, não há nenhum sintoma (PINHEIRO, 2019).

Os indivíduos acometidos por HAS devem observar os sintomas de dor de cabeça, dor na nuca, dor nos olhos, sensação de peso nas pernas e cansaço ou palpitações, entre outros (PINHEIRO, 2019).

Corroborando com esse autor, Costa e Silva e Moura (2011), afirmam que essa doença tem características que a faz ser, muitas vezes, desconsiderada ou não tratada como seu caráter assintomático, por ser crônica e por ter evolução lenta. Desse modo, os hipertensos não identificam a necessidade de alterar seus hábitos de vida para mais saudáveis até que apareçam as primeiras complicações desencadeadas pela doença.

5.4 Tratamento

O tratamento apropriado para controlar a HAS passa pela confirmação diagnóstica, e em seguida, é importante a análise da estratificação de risco, que deve considerar, além dos valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos-alvo e o risco cardiovascular estimado. Há duas formas de tratamento, o medicamentoso e aquele baseado em mudanças no estilo de vida como optar por uma alimentação saudável, reduzir peso, iniciar atividades físicas, cessar tabagismo e etilismo (PEREIRA *et al*, 2011)

Uma vez feito o diagnóstico da HAS, todos os doentes devem se submeter a mudanças de estilo de vida antes de se iniciar terapia com medicamentos. As principais são: redução de peso, iniciar exercícios físicos, abandonar cigarro, reduzir o consumo de álcool, reduzir consumo de sal, reduzir consumo de gordura saturada, aumentar consumo de frutas e vegetais (PINHEIRO, 2009).

5.4.1 Tratamento Não Medicamentoso

Alterar os hábitos diários, para mais saudáveis, podem refletir no retardo do desenvolvimento da HAS em pessoas com pressão limítrofe e trará um impacto positivo nos fatores de risco envolvidos no desenvolvimento ou agravamento da hipertensão. Dessa forma, devem ser orientados a todos os pacientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

As medidas não farmacológicas possuem um alto grau de resolutividade na redução da pressão arterial, no entanto, são pouco praticadas pelas equipes de saúde, além de terem baixa adesão por parte dos usuários. Aponta-se que a mudança nos hábitos de vida pode ser considerada como principal investimento a ser proposto para a população devido a ter resultados expressivos quando os pacientes assumem o autocuidado (PARANÁ, 2018).

Este tratamento deve ser adotado por todos os hipertensos, mesmo que sejam de baixo risco. Nestes casos e nos de pacientes classificados com risco moderado o encaminhamento ao NASF é essencial para a melhora na alimentação, controle de peso e incentivo aos exercícios físicos. Isso evita piora do risco cardiovascular (PARANÁ, 2018).

Considera-se como prazo adequado para a medida de mudanças nos hábitos de vida, de forma isolada em hipertensos e em indivíduos com valor limítrofe para a HAS, o período de, no máximo, seis meses. Em situações em que os pacientes não estejam tendo resultados depois de três meses deve-se fazer uma nova avaliação em seis meses para confirmar o controle da pressão arterial. Caso o benefício não seja confirmado, indica-se também o tratamento medicamentoso. Enquanto isso, os pacientes classificados como risco médio, elevado ou muito elevado necessita de abordagem associada (medicamentosa e não medicamentosa) (PARANÁ, 2018).

O quadro 3 apresenta as recomendações para tratamento não farmacológico.

Quadro 3. Recomendações para tratamento não farmacológico.

Mudanças:	Recomendação:	Redução aproximada na PAS**
Controle do peso	Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9kg/m ²)	5 a 20 mmHg para cada 10kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta hipossódica.	8 a 14 mmHg
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais que 2g (5g de sal/dia) no máximo 3 colheres de café rasas de sal = 3g + 2g de sal dos próprios alimentos	2 a 8 mmHg
Exercício físico	Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 min. por dia, 3 vezes/semana, para prevenção e diariamente para tratamento	4 a 9 mmHg

*Associar abandono do tabagismo para reduzir o risco cardiovascular.

** Pode haver efeito aditivo para algumas das medidas adotadas.

Fonte: PARANÁ (2018, p. 36)

5.4. 2 Tratamento Medicamentoso

O principal foco do tratamento farmacológico é diminuir a morbimortalidade cardiovascular do hipertenso. Para isso, utiliza-se tanto modos não farmacológicos isolados quanto associados aos medicamentos anti-hipertensivos. Estes medicamentos devem permitir a diminuição não só da pressão arterial como também dos eventos cardiovasculares fatais e não fatais (PARANÁ, 2018).

As medidas farmacológicas são indicadas para os hipertensos no Estágio 1 e que possuem risco cardiovascular baixo e moderado, após se tentar as medidas farmacológicas por pelo menos 90 dias sem sucesso. Em situações em que o acesso à consulta médica é difícil já se adota o tratamento com medicação anti-hipertensiva no primeiro momento. Para hipertensos em estágio 1 e alto risco cardiovascular CV ou DCV estabelecida, a proposta de tratamento farmacológico já se inicia no ato da mesma consulta. Do mesmo modo, o tratamento com anti-hipertensivos deve iniciar imediatamente nos casos de HAS estágio 2 e 3, independentemente do risco CV. Para os pré-hipertensos, em caso de risco CV e/ou presença de DCV, tem como opção a prescrição de medicamentos. Em pacientes com idade entre 60 a 79 anos, e que possuam Pressão Arterial Sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e em usuários com $\geq$

80 anos com PAS $\geq$ 160 mmHg, deve-se iniciar o tratamento farmacológico o mais breve possível (MALACHIAS *et al*, 2016).

“Há evidências científicas através de estudos clínicos de desfechos que mostram benefícios do tratamento realizado com o uso de diuréticos, Beta Bloqueadores (BB), Bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora de angiotensina e bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II. Deve ser ressaltado que a maioria desses estudos utilizou medicamentos em associação. Com base nas informações disponíveis, a proteção observada não depende do tipo de fármaco empregado, mas fundamentalmente da redução da pressão arterial (PA). Informações recentes através de meta-análises indicam que os benefícios obtidos com os BB são menores quando comparados aos dos demais grupos, devendo ser reservados para situações específicas. Com relação aos alfa bloqueadores e vasodilatadores diretos, não há informações efetivas sobre desfechos de morbimortalidade. Quanto aos inibidores diretos da renina, um único estudo de desfechos em pacientes diabéticos foi interrompido precocemente por ausência de benefícios e possibilidade de malefícios. Observa-se que os benefícios são maiores quanto maior o risco CV, mas ocorrem mesmo em pequenas elevações da pressão arterial (PA).” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p.35)

O quadro 4 especifica os tipos de medicações a serem prescritos no tratamento farmacológico.

Quadro 4. Tipos de medicação a serem prescritos para controle da hipertensão.

TIPO	MEDICAMENTOS
Diuréticos Tiazídicos	Hidroclorotiazida; Clortalidona; Indapamida; Metolazona
Diuréticos de alça	Furosemida
Diuréticos poupadores de potássio	Espironolactona
Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA)	Benazepril, Captopril, Cilazapril, Enalapril, Lisinopril, Perindopril, Ramipril
Antagonistas do receptor da angiotensina II (ARA II):	Candesartana, Irbesartana, Losartana, Olmesartana, Telmisartana, Valsartana
Inibidores do canal de cálcio	Nifedipinaretard, Anlodipina, Lercanidipina, Felodipina
Beta-Bloqueadores	Atenolol, Bisoprolol, Carvedilol, Metoprolol, Nebivolol, Propranolol

Vasodilatadores diretos	Hidralazina, Minoxidil
Bloqueadores Alfa-1	Doxazosina, Prazosina, Terazosina
Agonistas Alfa 2 Adrenérgicos	Clonidina, Metildopa, Rilmenidina

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2011).

5.5 Classificação de Risco

Deve-se aliar tanto aspectos genéticos quanto ambientais para avaliar a prevalência da HAS. Aponta-se que o sobrepeso está relacionado à HAS na proporção de 60% dos hipertensos exibem mais de 20% de sobrepeso. Além disso, o consumo excessivo de sal com baixa ingestão de cálcio e potássio, o etilismo, o sedentarismo e o estresse emocional podem contribuir para a HAS. (WESCHENFELDER; GUE, 2012).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), o quadro 5 traz a classificação da HAS.

Quadro 5. Classificação da HAS

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 - 139	85 – 89
Hipertensão Estágio 1	140 - 159	90 – 99
Hipertensão Estágio 2	160 - 179	100 – 109
Hipertensão Estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão Arterial Isolada	≥ 140	< 90

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2010)

5.6 Consequências do Não Tratamento da Hipertensão Arterial

De acordo com dados do DATASUS (2018) no ano de 2016 foram registrados 983.256 procedimentos de internação e ambulatorial no Sistema Único de Saúde (SUS), o que gerou custo de R\$ 61,2 milhões.

A HAS é um dos mais importantes fatores de risco para doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e renais, causando pelo menos 25% das mortes por doença arterial coronariana, 40% das mortes por acidente vascular cerebral e, em combinação com o Diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (PARANA, 2018).

“As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, com custos socioeconômicos elevados. Dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH SUS) apontam significativa redução da tendência de internação por HAS, de 98,1/100.000 habitantes em 2000 para 44,2/100.000 habitantes em 2013” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p.1).

5.7 Papel da atenção primária na abordagem da HAS

As pessoas acometidas pela HAS e suas consequências, representam um grande desafio para a saúde pública e para outros setores como economia, pois geram internações, aumentam custos sociais como absenteísmo ao trabalho, afastamentos para tratamentos de saúde, aposentadorias precoces, além de influenciar em fatores familiares, como dependência para realização das atividades básicas da vida diária. Por isso a adesão tratamento proposto pela atenção primária à saúde tem grande representatividade, visando garantir melhores condições de vida e saúde, reduzindo custos e reintegração desse indivíduo à sociedade, além de diminuir as taxas de morbi mortalidade relacionadas à HAS (SANTOS, 2011).

A adesão ao tratamento da HAS envolve múltiplos fatores, sendo considerado um desafio tanto para os usuários quanto para os profissionais de saúde, especialmente na atenção primária. Para melhor abordagem é necessário ter ciência da realidade da área de atuação e propor estratégias de intervenção condizentes com esta realidade. De acordo com Moura et al, (2011) a adesão ao tratamento anti-hipertensivo é concretizada com a participação do usuário de forma ativa no seu plano terapêutico proposto, não se constituindo em mero paciente cumpridor de recomendações; mas ao contrário, deve ser visto como sujeito do processo, que assume junto aos profissionais de saúde, a responsabilidade pelo tratamento.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Elevada prevalência de hipertensos sem tratamento adequado”.

6.1 Descrição do Problema Selecionado (terceiro passo)

Na área de abrangência da ESF José Pereira Reis, há 3660 habitantes, sendo 1577 usuários na faixa etária de 25 a 59 anos. Destes, 378 foram diagnosticados com HAS, ou seja, 23,97% da população. Espera-se que haja 25,8% de casos diagnosticados nesta faixa etária (MINAS GERAIS, 2010). Enquanto isso há 290 idosos. Destes 181 usuários são hipertensos, o que representa um total de 62,41%. Este percentual está acima do esperado para a faixa etária que seria de 52,5% (MINAS GERAIS, 2010). Dessa forma, percebe-se que há uma alta prevalência de hipertensos na área de abrangência.

As questões que levantadas mais relevantes para justificar esse desajuste é o fato que existem 559 hipertensos cadastrados.

Na área de abrangência da ESF José Pereira Reis, poucos aderem aos tratamentos, muitos sofrem consequências dessa patologia. Os usuarios solicitam tratamento medicamentoso, sem sequer participar de consultas de profissionais ou grupos de orientação oferecidos pela equipe, além de não adotar mudanças no estilo de vida. O quadro 6 registra os descritores do problema.

Quadro 6. Descritores do problema

Descritores do Problema	Importância	Fonte
Hipertensos cadastrados na ESF José Pereira Reis	559	E-SUS
Pessoas portadoras de HAS e Diabetes na ESF José Pereira Reis	101	Registro da Equipe
Hipertensos acima de 60 anos	181	Registro da Equipe
Hipertensos que não possuem bom controle dos níveis pressóricos	238	Registro da Equipe
Hipertensos que não possuem bom controle dos níveis pressóricos acima de 60 anos	88	Registro da Equipe

Fonte: Autoria própria (2018)

6.2 Explicação do Problema Selecionado (quarto passo)

Cuidar da saúde implica mudança no estilo de vida, o que não é uma tarefa fácil, pois muitas pessoas que não querem mudar seus hábitos, abandonar vícios e desejam uma fórmula milagrosa que restabeleça sua saúde.

Outro ponto é o fato de que, parte da população, não se adequou a seguir a agenda programática proposta pela equipe para os hipertensos, faltando nos dias programados. A população não está participativa nas decisões sobre o funcionamento da unidade de saúde e projetos propostos pela equipe. Por outro lado, a equipe também não deu liberdade para a população discutir o atendimento. A equipe quer que a comunidade participe dos grupos de hipertensos, das atividades físicas realizadas pelo educador físico, entretanto, não houve discussão entre as partes para averiguar adequações que podem satisfazer os envolvidos.

6.3 Seleção dos Nós Críticos (quinto passo)

Foram identificados os seguintes nós críticos: obesidade, sedentarismo, baixa adesão ao tratamento medicamentoso, comunidade não segue agenda programática voltada aos hipertensos e comparece na demanda espontânea.

6.4 Desenho das Operações (sexto passo)

Os próximos passos do PES serão sintetizados, por nó crítico, nos quadros 7 a 10.

Quadro 7. Desenho das operações para resolução do nó crítico “Obesidade” na ESF José Pereira Reis em São José da Barra, Minas Gerais, 2017

Nó Crítico	Obesidade
Operação	Conscientizar e trabalhar o tema junto à população
Projeto	“Vigilância Contínua”
Resultados Esperados	Melhora do peso dos hipertensos obesos cadastrados. Diminuição da circunferência abdominal e da pressão arterial dos hipertensos obesos cadastrados População mais consciente e informada sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial, além de conhecimento sobre modos e estilos de vida mais saudáveis.
Produtos Esperados	Aumento da oferta de consultas individualizadas aos hipertensos com

	foco na alimentação saudável e prática de exercícios físicos. Atendimento com NASF (nutricionista, educador físico).
Recursos Necessários	Cognitivo: conhecimento acerca da hipertensão e obesidade Organizacional: agenda para atendimento individualizado dos hipertensos com obesidade Político: articulação com NASF e comunidade. Mobilização social Estrutural: disponibilidade de sala para atendimento, balança e aferidor de altura e circunferência abdominal Financeiro: folders sobre HAS
Recursos Críticos	Organizacional: agenda para atendimento individualizado dos hipertensos com obesidade Político: articulação com NASF e comunidade. Mobilização social.
Controle dos recursos críticos	Médico, Enfermeiro, Nutricionista e Educador Físico
Ações Estratégicas	Orientações em sala de espera, nas igrejas, em parcerias com outros atores sociais. Encontros de manhã e/ou tardes na Unidade de ESF com avaliação do Índice de massa corporal e atividades físicas na praça principal.
Prazo	90 dias
Responsáveis pelo Acompanhamento	Nutricionista e ACS
Processo de Monitoramento e avaliação das ações	Avaliação do IMC a cada 20 dias. Avaliar adesão por parte da população.

Fonte: Autoria própria (2018)

Quadro 8. Desenho das operações para resolução do nó crítico “Sedentarismo” na ESF José Pereira Reis em São José da Barra, Minas Gerais, 2017.

Nó Crítico	Sedentarismo
Projeto	“Sacudir pra não cair” *
Operação	Estimular a prática de atividades físicas, movimentando o corpo, para não gerar consequências negativas da HAS, como tornar-se acamado ou dependente.
Resultados Esperados	Melhora do peso corporal dos hipertensos cadastrados População mais consciente e informada sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial Pessoas mais participativas em atividade guiadas por profissionais da saúde.

Produtos Esperados	Grupo de caminhada com Educador físico Grupo educativo sobre HAS com abordagem sobre sedentarismo Atendimento aos funcionários públicos e empresas que queiram aderir à proposta, estimulando jogos de futebol entre comércios, igrejas, ampliando inclusive ações de lazer tão carentes na cidade.
Recursos Necessários	Cognitivo: conhecimento acerca da hipertensão e sedentarismo Organizacional: agenda para atendimento em grupo dos hipertensos sedentários Político: articulação com NASF e comunidade. Mobilização social Financeiro: para aquisição de folders, camisetas/ garrafas de água de brinde para quem participar das atividades.
Recursos Críticos	Organizacional: agenda para atendimento em grupo dos hipertensos sedentários Político: articulação com NASF e comunidade. Mobilização social
Controle dos recursos críticos	Médico, Educador Físico
Ações Estratégicas	Realizar atividades de divulgação dos grupos por meio dos ACSs e sala de espera. Utilizar a quadra para encontros sociais onde acontecerão participação de profissionais e comunidade.
Prazo	120 dias
Responsável(eis) pelo Acompanhamento	Educador físico, ACS.
Processo de Monitoramento e avaliação das ações	Verificar frequência e adesão por parte da população.

Fonte: Autoria própria (2018)

*Na pequena cidade de São José da Barra é usada a expressão “Sacudir para não cair” estando relacionada ao movimento do corpo, e então foi associada ao projeto, propondo movimentar o corpo para não cair na cama, com alguma sequela da HAS.

Quadro 9. Desenho das operações para resolução do nó crítico “Baixa adesão ao tratamento medicamentoso” na ESF José Pereira Reis em São José da Barra, Minas Gerais, 2017

Nó Crítico	Baixa adesão ao tratamento medicamentoso
Projeto	“Dose diária”
Operação	Conscientizar sobre a importância da medicação anti-hipertensiva
Resultados Esperados	Aumentar a adesão ao tratamento por parte dos hipertensos cadastrados na ESF Jose Pereira Reis Aumentar o numero de hipertensos com a pressão arterial dentro dos

	níveis indicados
Produtos Esperados	Consultas de enfermagem e médica individualizadas aos hipertensos Grupo educativo sobre adesão e tratamento medicamentoso e não medicamentoso Capacitação aos enfermeiros e médicos sobre as abordagens para ampliar a adesão dos hipertensos ao tratamento Divulgação das informações acerca da HAS na rádio local e escolas
Recursos Necessários	Cognitivo: conhecimento acerca da hipertensão Organizacional: agenda para atendimento em grupo e em consultas individualizadas aos hipertensos. Político: articulação entre equipe e comunidade. Mobilização social Financeiro: para aquisição de folders
Recursos Críticos	Organizacional: agenda para atendimento em grupo e em consultas individualizadas aos hipertensos. Político: articulação entre equipe e comunidade. Mobilização social
Controle dos recursos críticos	Enfermeira da ESF
Ações Estratégicas	Espaço na rádio para divulgação de informações sobre HAS, cartazes nos supermercados e padarias, momento nos cultos e missas para falar sobre assunto relativo à HAS. Utilizar atores sociais influentes na comunidade para divulgação das informações sobre o tratamento da HAS, como padres, pastores, donos de propriedades rurais, e também meios de comunicação como rádios e escolas.
Prazo	30 dias
Responsável(eis) pelo Acompanhamento	Enfermeira e ACS
Processo de Monitoramento e avaliação das ações	Aferição da pressão arterial com registro para controle e monitoramento

Fonte: Autoria própria (2018)

Quadro 10. Desenho das operações para resolução do nó crítico “Comunidade não segue agenda Programática e comparece na demanda espontânea” na ESF José Pereira Reis em São José da Barra, Minas Gerais, 2017

Nó Crítico	Comunidade não segue agenda programática voltada aos hipertensos e
-------------------	--

	comparece na demanda espontânea
Projeto	“Agenda Amiga”
Operação	Conscientizar sobre a importância da consulta programática voltada aos hipertensos e também melhorar o acesso e acolhimento quando houver necessidade de consulta não programada.
Resultados Esperados	Melhor adesão da comunidade às consultas programáticas e melhora da relação profissional de saúde e paciente
Produtos Esperados	Horário de atendimento programado (médico e de enfermagem) ampliado, com grade alternativa, ou seja, deixar agenda mais maleável de acordo com a necessidade do usuário
Recursos Necessários	Cognitivo: conhecimento acerca da HAS Organizacional: organização da agenda de forma maleável para o atendimento aos hipertensos Político: articulação entre equipe e comunidade. Mobilização social Financeiro: para aquisição de folders
Recursos Críticos	Organizacional: organização da agenda de forma maleável para o atendimento aos hipertensos Político: articulação entre equipe e comunidade. Mobilização social
Controle dos recursos críticos	Enfermeira
Ações Estratégicas	Orientar em sala de espera sobre a importância do controle periódico.
Prazo	60 dias
Responsável(eis) pelo Acompanhamento	Médico, Enfermeira e Técnicas de enfermagem
Processo de Monitoramento e avaliação das ações	Planilha de monitoramento para avaliar adesão às consultas programadas.

Fonte: Autoria própria (2018).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atuar em uma equipe de ESF requer profissionalismo, dedicação, responsabilidade e amor ao trabalho e às pessoas com quem nos relacionamos. É preciso ir além das técnicas e ter um olhar mais abrangente do que é fazer saúde. Influenciar em comportamentos que podem proporcionar melhor qualidade de vida de uma comunidade é uma experiência que deve ser vivenciada. Adquirir conhecimentos, ampliar o olhar e realizar uma proposta de projeto de intervenção aproximou a equipe e responsabilizou ainda mais o dia a dia da ESF José Pereira Reis.

Conhecer a realidade e poder transformá-la é gratificante e motivacional. O tema escolhido é de longa data estudado e ainda assim está sempre sendo atualizado, pois o comportamento das pessoas tem sofrido transformações. É preciso também que a equipe esteja atualizada e, assim, trabalhe de forma positiva e incansável para garantir a melhor oferta de serviços dentro de suas possibilidades e que haja vínculo e co-participação com as pessoas que utilizam os sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão (pressão alta): causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção**. 2019. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/hipertensao>> Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Ministério de Saúde. Departamento da Atenção Básica. **E SUS DA ATENÇÃO BÁSICA**, 2017. Disponível em: <siab.datasus.gov.br>. Acesso em 05 jun. 2018

BRASIL. **Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos** Brasília, Distrito Federal, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em 05 de junho 2018.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFGM. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 10 jun.18

COSTA E SILVA, M. E. D.; MOURA, M. E. B. Representações Sociais de profissionais de saúde sobre a hipertensão arterial: contribuições para a enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v.15, n.1, 2011 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100011> Acesso: 11 fev.19

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades@**. Brasília, 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sao-jose-da-barra/panorama>> Acesso: 04 out.19

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE História**. Brasília, 2017. Disponível em:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sao-jose-da-barra/historico>>. Acesso em: 16 out. 18

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 5 - Decisão e Metas Terapêuticas **Arq. Bras. Cardiol.**, v.107, n.3, supl.3, São Paulo-set. 2016 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004800001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso 10.02.18

MAYNARDE, I. G. *et al.* A Pressão Arterial dos Pacientes Está Sendo Medida Rotineiramente nos Consultórios Médicos? **Int. J. Cardiovasc. Sci.**, v.30, n.4, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56472017000400293&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 10.01.19

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina IV- Organização da Atenção Programada.** Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2010. Disponível em: < http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/O5-PBH_tutor.pdf > Acesso: 10.07.19

MOURA, D.J.M., et al. Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Hipertensão: uma Revisão Bibliográfica. **Rev. Bras. Enferm. Brasília**, 2011, jul.-ago; 64(4): 759-65.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção à Saúde do Adulto. **Linha-guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica.** Sete Lagoas, 2018.
http://www.setelagoas.mg.gov.br/abrir_arquivo.aspx/Linha_de_cuidado_ao_portador_de_Hipertensao_Arterial_Sistêmica_no_município_de_Sete_Lagoas?cdLocal=2&arquivo=%7BE7C47D2E-82ED-DCD7-1B3D-CDBEA00C282E%7D.pdf

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Dia Mundial da Hipertensão.** 2016
Disponível em: < https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=330:dia-mundial-da-hipertensao-2016&Itemid=183&lang=pt > Acesso: 22.09.18

PARANÁ, Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia de Hipertensão Arterial.** Curitiba, Paraná. 2018. Disponível em: < http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HIPER_R_4_web.pdf > Acesso: 22.01.19

PEREIRA, A.F *et al.* **Protocolo de Hipertensão Arterial. Risco Cardiovascular** Belo Horizonte, 2011. Disponível em < https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/Diabetes/protocolo_hipertensao.pdf > Acesso 10.02.19

PINHEIRO, P. Sintomas da Hipertensão – Hipertensão Arterial **MD Saúde**, 2019. Disponível em: < <https://www.mdsaude.com/hipertensao/sintomas-da-hipertensao> > Acesso: 18.01.19

SANTOS, Z. M. S. A. Hipertensão Arterial – um problema de saúde publica. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 4, n. 5, 2011. Disponível em < <https://www.redalyc.org/pdf/408/40820855001.pdf> > Acesso 17.02.18

SÃO JOSE DA BARRA. **Prefeitura Municipal.** 2018. Disponível em: <<http://www.saojosedabarra.mg.gov.br/portal2/view/aCidade.php?a=4>>. Acesso em 10 maio.2018

SILVA, M. E. D. C. **Representações Sociais da Hipertensão Arterial elaboradas por portadoras e profissionais de saúde: uma contribuição para a enfermagem.** Teresina, 2010, 153 p. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Piauí. UFPI. Disponível em:

[http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Maria%20En%C3%B3ia%20Dantas%20da%20Costa%20e%20Silva%20\(Segura\).pdf](http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Maria%20En%C3%B3ia%20Dantas%20da%20Costa%20e%20Silva%20(Segura).pdf) Acesso 10.02.17

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 1, suplemento 1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.107, n.3, supl. 3. 2016. Disponível em: <
http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>
Acesso 30.01.19

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n.1, supl, 2010
Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001> Acesso 30.11.17

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Prevenindo a Doença. **Departamento de insuficiência Cardíaca**, 2011. Disponível em <<http://departamentos.cardiol.br/sbc-deic/publico/prevenindo/medicamentos.asp>> Acesso 20.11.17

WESCHENFELDER, M. D.; GUE, M. J. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica Trimestral da Enfermeira. EnfermeriaGlobal**, n. 26, Disponível em: <
http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/pt_revision5.pdf> Acesso: 10.07.18