

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

Eron Domingos da Silva Júnior

**HIPERTENSÃO ARTERIAL PRIMÁRIA NAS PESSOAS RESIDENTES NO
TERRITÓRIO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PEQUIS,
UBERLÂNDIA**

UBERABA - MINAS GERAIS

2020

Eron Domingos da Silva Júnior

**HIPERTENSÃO ARTERIAL PRIMÁRIA NAS PESSOAS RESIDENTES NO
TERRITÓRIO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PEQUIS,
UBERLÂNDIA**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire
Miranda Cadete

UBERABA - MINAS GERAIS

2020

Eron Domingos da Silva Júnior

**HIPERTENSÃO ARTERIAL PRIMÁRIA NAS PESSOAS RESIDENTES NO
TERRITÓRIO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PEQUIS,
UBERLÂNDIA**

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.

Banca examinadora

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

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 15/02/2020

RESUMO

Hipertensão arterial primária é uma doença crônica, de evolução progressiva, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Pode resultar em grande morbimortalidade, quando incorretamente tratada. Tendo em vista que os desafios do controle e prevenção da Hipertensão arterial primária e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Primária à Saúde, o presente trabalho objetivou apresentar um projeto de intervenção para diminuir a incidência de Hipertensão Arterial Primária e seus agravos resultantes na população do território da UBSF Pequis, em Uberlândia, Minas Gerais. Para elaborar a proposta, fez-se o diagnóstico situacional do trabalho em uma Unidade Básica de Saúde da Família seguido de revisão bibliográfica e elaboração de um plano de ação baseado no Planejamento Estratégico Situacional. Os nós críticos relacionados ao atendimento do hipertenso foram: inoperância dos grupos operativos para educação em hipertensão, subdiagnóstico da doença, devido a erros na técnica de aferição da pressão arterial, indisponibilidade de medicamentos anti-hipertensivos e ausência de uma infraestrutura urbanística local adequada para prática de atividades físicas. Estipulamos um Projeto de Intervenção centrado em quatro eixos fundamentais: informar e conscientizar a população adscrita ao território sobre os riscos da Hipertensão arterial primária e a importância do tratamento, oferecer medicações anti-hipertensivas na quantidade e tempo adequados por meio de aquisição de medicamentos pela assistência farmacêutica, capacitar os técnicos em saúde para correta aferição de pressão arterial por meio de *workshops* dessa temática e, por fim, prover a localidade objeto da intervenção com aparelhos e edificações voltados à atividade física através da construção de ciclovias, academia popular e passarela para caminhadas.

Palavras chave: Hipertensão. Estratégia Saúde da Família. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Primary arterial hypertension is a chronic disease, with progressive evolution, characterized by high and sustained levels of blood pressure. It can result in great morbidity and mortality, when improperly treated. Bearing in mind that the challenges of controlling and preventing Primary arterial hypertension and its complications are, above all, of the Primary Health Care teams, this text presents an intervention proposal to improve the monitoring, diagnosis and treatment of these patients. In order to elaborate the proposal, the situational diagnosis of the work in a Basic Family Health Unit was made, followed by a bibliographic review and the elaboration of an action plan based on the Situational Strategic Planning. The critical nodes related to the care of hypertensive patients were: inoperability of the operative groups for education in hypertension, underdiagnosis of the disease, due to errors in the blood pressure measurement technique, unavailability of antihypertensive drugs and the absence of an adequate local urban infrastructure for practice physical activities. We stipulate an Intervention Project centered on four fundamental axes: inform and raise awareness of the population assigned to the territory about the risks of Primary arterial hypertension and the importance of treatment, offer antihypertensive medications in the appropriate amount and time through the purchase of medicines by pharmaceutical assistance , train health technicians to correctly measure blood pressure through workshops on this theme and, finally, provide the location object of the intervention with equipment and buildings aimed at physical activity through the construction of cycle paths, popular gym and walkway.

Keywords: Hypertension. Family Health Strategy. Health Education.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
1.1	Aspectos gerais do município	6
1.2	Aspectos da comunidade	8
1.3	O sistema municipal de saúde.....	10
1.4	A Unidade Básica de Saúde Pequis	12
1.5	A Equipe de Saúde da Família 3, da Unidade Básica de Saúde Pequis	13
1.6	O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Pequis.....	13
1.7	O dia a dia da equipe Pequis.....	14
1.8	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	15
1.9	Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	15
2	JUSTIFICATIVA	17
3	OBJETIVO	18
4	METODOLOGIA.....	19
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
6	PLANO DE INTERVENÇÃO	288
6.1	Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	28
6.2	Explicação do problema (quarto passo)	28
6.3	Seleção dos nós críticos (quinto passo)	29
6.4	Desenho das operações (sexto passo)	29
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
	REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Uberlândia é uma cidade localizada na região sudeste e distante 534 Km da capital do Estado, pertencente à macrorregião do triângulo norte com uma população estimada de 683.247 habitantes para 2018, conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018).

Da mesma forma, a população estimada pelo IBGE (2018) referente a sexo e faixa etária no município de Uberlândia, apresenta uma maior densidade demográfica nas faixas etárias entre 20 a 59 anos com 390.460 habitantes, o que representa 57,15% da população ativa. Outra população que vem chamando atenção é a faixa etária maior que 60 anos, por ser uma população idosa, com um total de 88.299 pessoas e representar 12,92% população geral do município. Ao analisar o item referente a sexo, verifica-se que as mulheres representam 50,67% do total da população, enquanto os homens 49,33% da mesma população.

Ao analisar os dados, verifica-se também que nascem mais homens que mulheres, entretanto a partir da faixa etária de 30 anos há uma prevalência do sexo feminino (Quadro 1).

Quadro 1 — População residente em Uberlândia estimada por faixa etária e sexo, 2018

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
< 4 anos	23.699	22.625	46.324
5 a 9 anos	25.239	24.129	49.368
10 a 14 anos	27.050	25.928	52.978
15 a 19 anos	28.400	27.417	55.817
20 a 29 anos	56.037	55.042	111.079
30 a 39 anos	56.059	56.325	112.384
40 a 49 anos	45.296	46.717	92.013
50 a 59 anos	36.131	38.853	74.984
60 a 69 anos	23.320	26.858	50.178
70 a 79 anos	11.161	14.583	25.744
80 anos e mais	4.647	7.731	12.378
TOTAL	337.039	346.208	683.247

Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas (2017)

Uberlândia possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,789 colocando-a entre as cidades médias com excelente qualidade de vida. Os dados do Produto Interno Bruto (PIB) de Uberlândia do ano de 2015 confirmam a posição relevante que o município tem no Estado de Minas Gerais e no Brasil. Em 2010, Uberlândia ocupava o 4º lugar no Estado e o 26º no Brasil no que se refere ao valor do PIB a preços correntes. Essas posições se alteraram em 2015, quando o município passou para a 2ª posição em Minas Gerais - atrás apenas da capital mineira, Belo Horizonte - e para o 22º lugar no país, conforme mostra o ranking do PIB em Minas Gerais e no Brasil, nos anos 2010 e 2015 (IBGE, 2018).

Em 2016, segundo dados do IBGE, o salário médio mensal era de 2.6 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 35.5%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 30 de 853 e 16 de 853, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 406 de 5570 e 269 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 27.2% da população nessas condições, o que o colocava na posição 835 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 5127 de 5570 dentre as cidades do Brasil. Apresenta 98.2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 95.2% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 33% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 2 de 853, 30 de 853 e 309 de 853, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 59 de 5570, 875 de 5570 e 1064 de 5570, respectivamente (IBGE, 2018).

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 6 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.5. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 449 de 853. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 460 de 853. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 98 em 2010. Isso posicionava o município na posição 338 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 2065 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2018).

A cidade também organiza diversas festas e eventos, realizados muitas vezes em locais públicos. São os mais tradicionais o carnaval, que além de comemorado

em bailes de clubes, o município conta ainda com a participação de quatro escolas de samba - Tabajara, Acadêmicos do Samba, Garotos do Samba, Unidos do Chatão e os blocos "Axé" e "Unidos de São Gabriel", que realizam o Carnaval de Rua em Uberlândia (UBERLÂNDIA, 2019)

Ainda no campo das tradições, no município se destaca o "Congado de Uberlândia", desde 1874, com cantos e danças em louvor a sua santa protetora, Nossa Senhora do Rosário. Outra festa popular característica da região é a Folia de Reis. Em Uberlândia esta prática, esta tradição, se mantém através dos mais de 50 grupos de Folias existentes na cidade, que se reúnem para sua grande festa anual, que ocorre no período de 06 a 20 de janeiro de cada ano. Nesta época, a cidade recebe dezenas de Folias vindas de diversos estados brasileiros, realizando o grande encontro na Capela de Santos Reis, Rua Barão de Ouro Preto, 73, bairro Xangrilá, onde, também, fica a sede da Associação das Folias de Reis de Uberlândia. Outro destaque local é o movimento de dança de rua em Uberlândia, que começa a partir de 1980, com a fundação do grupo Turma Jazz de Rua, liderado por jovens bailarinos, e serviu de referência para outros grupos que se formaram. A partir daí, os trabalhos coreográficos ganham visibilidade no "Festival de Dança do Triângulo", e permanece até os dias atuais, estabelecendo uma "nova ordem artístico-social" em Uberlândia. Principalmente após a construção de seu novo Teatro Municipal, a cidade foi definitivamente incluída no circuito e roteiro culturais nacional com a vinda de orquestras nacionais e internacionais, recitais, festivais de dança e teatro (UBERLÂNDIA, 2017).

1.2 Aspectos da comunidade

Quadro 2 — Dados Demográficos do Bairro Pequis, em Uberlândia, 2019.

Faixa etária/ano	Masculino	Feminino	Total
< 1	56	48	104
1-4	67	71	138
5-14	124	121	245
15-19	153	167	320
20-29	241	223	464
30-39	352	425	777
40-49	358	412	770
50-59	257	312	569
60-69	124	147	271

Faixa etária/ano	Masculino	Feminino	Total
70-79	51	64	115
≥ 80	14	23	37
TOTAL	1797	2013	3810

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência (Ficha SISAB – SUS manual)

O bairro Pequis foi um projeto municipal de conjunto habitacional subsidiado pelo Programa Federal Minha Casa Minha Vida, inaugurado em 2016. As casas possuem projeto arquitetônico uniforme, com 50m² de área construída. A entrega das chaves foi limitada a famílias comprovadamente de baixa renda, segundo critérios do programa federal habitacional. O mesmo foi inaugurado contando com saneamento básico completo, ruas pavimentadas, iluminação pública, praça de esportes, ciclo faixas, faixas para pedestres e lotes exclusivos para áreas comerciais. O bairro possui diversos equipamentos sociais, tais como: Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Pequis (inaugurada em março de 2019), duas escolas municipais, um Núcleo de Apoio Integral à Criança e ao Adolescente (NAICA) e um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) (UBERLÂNDIA, 2017).

Seus moradores, em geral, estão desempregados, vivendo na informalidade através de subempregos. Algumas famílias recebem subsídio do programa federal Bolsa Família. Nota-se uma pujante atividade política na associação comunitária, liderada pela representante dos moradores; os principais acontecimentos e problemas existentes no bairro são rapidamente difundidos através de redes sociais, em grupos formados por moradores do bairro.

Quanto aos dados epidemiológicos do Bairro Pequis, eles se encontram apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 — Dados Epidemiológicos do Bairro Pequis, em Uberlândia, 2019

Condição de Saúde	N
Gestantes	57
Hipertensos	648
Diabéticos	235
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	354
Pessoas que tiveram AVC	23

Condição de Saúde	N
Pessoas que tiveram infarto	37
Pessoas com doença cardíaca	370
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	42
Pessoas com hanseníase	9
Pessoas com tuberculose	14
Pessoas com câncer	9
Pessoas com sofrimento mental	151
Acamados	12
Fumantes	653
Pessoas que fazem uso de álcool	748
Usuários de drogas	106

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência (Ficha SISAB – SUS manual, 2019)

Os dados apontam maior incidência de pessoas alcoolistas e fumantes seguidas de hipertensão, doenças cardíacas, do aparelho respiratório e diabetes.

1.3 O sistema municipal de saúde

O sistema municipal de saúde conta com unidades que atendem a Atenção Primária à Saúde, sendo 74 UBSF e seis Unidades Básicas de Saúde (UBS); os pontos de Atenção à Saúde Secundária compreendem: sete Unidades de Atendimento Integrado, uma Unidade de Pronto Atendimento, seis Centros de Apoio Psicossocial e 12 Centros de Especialidades; os pontos de Atenção à Saúde Terciários compreendem o Hospital Municipal de Uberlândia e o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Por sua vez, os sistemas de apoio são formados por Centros Diagnósticos e Terapêuticos (Unidade de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Municipal e Convênios com Particulares), Assistência Farmacêutica (Implantação de farmácias clínicas na maioria das UBSF e Programa Remédio em Casa), Informação em Saúde (Inicialmente, das 89 unidades de saúde listadas, 64 usavam o eSUS, migrando há 1 ano para o Gestão em Serviços de Saúde (FASTMEDIC), como sistema de informação; as oito Unidades de Atendimento Integrado e outras quatro unidades especializadas operavam o Sistema FASTMEDIC, 11 utilizavam o Sistema Saúde

(PRODAUB) e duas unidades não registravam as atividades. A partir de março de 2017, o Sistema FASTMEDIC passou a ser usado em praticamente todas as unidades, sendo que em julho deste ano, todas as unidades já faziam uso deste sistema. Exceção feita à Unidade de Acolhimento integrante da Rede de Saúde Mental e da Unidade de Apoio de Sobradinho, a primeira porque não realiza e consequentemente não registra procedimentos; enquanto que a segunda é atendida por equipe de saúde da família de outra unidade, registrando os procedimentos na unidade de origem. Assim, 87 das 89 unidades de saúde, atualmente, registram as atividades realizadas no Sistema FASTMEDIC (UBERLÂNDIA, 2017).

Com relação à Organização dos Pontos de Atenção à Saúde Extramunicipais, o município de Uberlândia está localizado na Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte, com uma população de aproximadamente 1.190.043 habitantes (TCU 2011). A Rede de Atenção à Saúde da Região Ampliada Triângulo do Norte é composta por 2.067 estabelecimentos de saúde, destes 516 estabelecimentos de saúde que prestam atendimento ao SUS cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Na Região Ampliada Triângulo do Norte estão cadastradas 197 Unidades Básicas de Saúde, 167 Equipes de Saúde da Família e 72 Equipes de Saúde Bucal, destas, 51 da Modalidade I e 21 da Modalidade II (DATASUS, 2013). A Região conta ainda com 2.415 leitos gerais, considerando estabelecimentos públicos e privados, e deste total, 1.683 (70%) são disponibilizados aos usuários do SUS (DATASUS, 2013).

No total, somam-se 20 hospitais privados, nove hospitais filantrópicos e sete públicos, dentre estes hospitais, dois possuem maternidades de Risco Habitual: o Hospital São José, do Município de Ituiutaba, e a Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Patrocínio, da cidade de Patrocínio. A Região Ampliada de Saúde conta também com a Santa Casa de Misericórdia de Araguari com maternidade de Alto Risco de Atenção Secundária, localizada na cidade de Araguari e com o Hospital das Clínicas de Uberlândia (HC/UFU) que realiza atendimento de atenção terciária com maternidade de Alto Risco. O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia é um Hospital de Ensino, o único da região ampliada, que se destaca pela maior infraestrutura e complexidade em comparação aos demais das regiões. Este hospital dispõe de 526 leitos dos quais 61 leitos são de UTI, sendo referência macrorregional para atendimento de atenção secundária e terciária à saúde. A Região Ampliada conta também com o Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo

Leão Carneiro, com 265 leitos gerais e, destes, 78 são de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Este hospital ainda não está operando com sua capacidade máxima, pois vários serviços tanto de média quanto de alta complexidade estão em fase de credenciamento. O total de Leitos Complementares (UTI) cadastrados da Região Ampliada Triângulo do Norte somam 431 leitos e destes 265 são disponibilizados para atendimento ao SUS (DATASUS/CNES, 2013).

O Modelo predominante de Atenção à Saúde municipal é o voltado para a prevenção e cuidado das condições crônicas. O Plano Diretor de Gestão em Saúde 2018 – 2021 preconizou ampliar a longevidade dos portadores de condições crônicas, prioritariamente gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos e oncológicos (UBERLÂNDIA, 2017). Assim, busca-se garantir o acesso e o vínculo dos pacientes com hipertensão e diabetes, na unidade de saúde, para que os mesmos sejam monitorados e estabilizados, e assim usufruir de uma vida com melhor qualidade. Reduzir a mortalidade por causas externas e por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares.

Como em todos os espaços e cenários nacionais, o sistema local não é isento de problemas e gargalos técnicos, que hoje compreendem: a demora na marcação de consultas para especialidades médicas; demora na realização de exames diagnósticos radiológicos (radiografias, ultrassonografias, tomografias e ressonâncias), cardiológicos (eletrocardiograma, Holter, ecocardiografia), respiratórios (espirometria e polissonografias), neurológicos (eletroencefalograma, eletroneuromiografias); demora na realização de procedimentos cirúrgicos (colecistectomias, herniorrafias, histerectomias e cirurgias ortopédicas); superlotação dos serviços secundários de Pronto Atendimento (UAIS e UPA); falta de leitos na Alta Complexidade e UTI.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Pequis

A Unidade Básica de Saúde Pequis foi inaugurada em 29 de Março de 2019, e as atividades se iniciaram em 1º de Abril deste ano. É situada no bairro Pequis, com população estimada em 12.000 habitantes, na zona Norte de Uberlândia, distando 20 Km do centro da cidade. Foi projetada e construída para ser uma Unidade de Saúde modelo, contando com espaço útil de 563 m² de área construída

e está localizada na Avenida Wilson Rodrigues da Silva, nº 720, com funcionamento das 7h às 17h. O espaço conta com salas de vacinas, curativos, procedimentos, consultórios multiprofissionais, odontológicos, farmácia e sala de emergência com desfibrilador/ cardioversor, carrinho de parada, drogas de uso endovenoso (EV) para emergências, sistema de ar comprimido, vácuo, O2 e material para desobstrução de via aérea avançada. A mesma irá abrigar três equipes de ESF, dividindo o bairro Pequis em três macrorregiões de aproximadamente 4000 pessoas cada.

1.5 A Equipe de Saúde da Família 3, da Unidade Básica de Saúde Pequis

A ESF da UBSF Pequis é composta por três agentes administrativos, um médico, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), dois enfermeiros, um assistente social, um psicólogo, um fisioterapeuta, um nutricionista, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal, quatro auxiliares de enfermagem, uma profissional de educação física e três auxiliares de limpeza.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Pequis

Durante as reuniões multiprofissionais que estão sendo realizadas desde a inauguração da unidade, a equipe tem pactuado a forma de atendimento local. Cada equipe trabalha com o atendimento médico de 10 pacientes agendados previamente e quatro demandas espontâneas por período. Os médicos avaliam a necessidade de encaminhamento para equipe multiprofissional num primeiro momento. Os grupos prioritários serão estratificados durante as consultas, através do software FASTMEDIC, que reúne em sua base de dados, uma calculadora com critérios para classificação de risco (pequeno, médio, alto e muito alto). De acordo com essa estratificação, os pacientes são reagendados pelo próprio médico, segundo sua estratificação de prioridade, garantindo-se acesso contínuo e ininterrupto do cuidado.

As equipes já planejaram também o início da realização de grupos operativos de gestantes, hipertensos, diabéticos, saúde bucal e nutrição em situações patológicas. A fisioterapia já organizou os grupos de atividade para dor lombar e fibromialgia. A profissional de educação física já programou os grupos de atividade

física aeróbica local para hipertensos, diabéticos, dislipidêmicos e gestantes. Os colegas técnica enfermagem estão atualizando os cartões vacinais e alimentando o sistema local com essas informações.

As equipes contam, também, com atuação de especialistas em regime de tutoria médica (Ginecologista, Pediatra, Psiquiatria e Reumatologia) para discussão de casos mais complexos.

Os casos mais complexos são referenciados aos ambulatórios de especialidades, enquanto eventuais urgências e emergências que chegam à unidade são referenciados para as Unidades de Atendimento Integrados ou UPA.

1.7 O dia a dia da equipe Pequis

Como a unidade foi inaugurada em 29 de março de 2019, a partir do início do mês de abril o processo na unidade se deu fundamentalmente pelo acolhimento de demandas espontâneas. À medida que os ACS participavam do cadastramento da população para iniciar em meados do mês de maio, iniciou-se o processo de agendamento de consultas programadas. A partir de maio, as consultas de pré-natal, puericultura e outros grupos prioritários – que estavam sendo realizadas em uma UBS distante do bairro Pequis – foram realocadas e agendadas na nova unidade.

Com a inauguração da unidade Pequis e de suas atividades, o único problema a ser esboçado, naquele momento, foi o atendimento diário apenas de demandas espontâneas, enquanto o cadastramento populacional estava sendo realizado e os agendamentos programados não eram ainda possíveis. Esse tipo de atendimento não cria vínculos e cria a ideia de que a unidade foi projetada para absorver apenas demandas de urgência médica, impossibilitando, nesse momento, o acolhimento por parte dos outros membros da equipe que não os médicos.

Entretanto, esse modelo foi apenas transitório, pois com o levantamento cadastral da população as consultas agendadas se tornaram nosso principal escopo. Certamente, com o início regular das atividades, novos problemas surgirão, e toda a equipe estará imbuída do desejo de superá-las em prol de uma contraprestação de cuidado de excelência.

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

Na UBSF Pequis, a avaliação quantitativa de fichas de cadastramento e prontuários eletrônicos levaram a equipe a eleger os principais problemas relacionados à situação de saúde da população adscrita à área de abrangência: Hipertensão arterial primária; Diabetes Tipo II; Dislipidemias mistas; Obesidade; Saúde Mental (Transtornos de Humor; Transtornos de Ansiedade); Queixas relacionadas ao Aparelho Musculoesquelético (Fibromialgia; Gonartroses; Espondiloses; Sd. do Manguito Rotador e Epicondilites); Queixas relacionadas ao Aparelho Digestório (Colecistite; Colelitíase; Gastrite; Doença do Refluxo Gastroesofágico); Controle e planejamento familiar; DST; Alimentação perniciosa de crianças e adolescentes/ sedentarismo infantil – obesidade infantil.

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

Em nossa realidade, a equipe acredita ser a Hipertensão arterial primária (HAP) nosso problema prioritário por encontramos 648 pacientes já diagnosticados com essa doença num universo de 3810 pacientes cadastrados, perfazendo cerca de 17% da população local adscrita, número que supera a prevalência de qualquer outra doença local (vide Quadro 4). Preocupou – nos, também, o fato de que novos casos surgem todos os dias, levando-nos à conclusão de que deva existir uma situação de subdiagnóstico na população de interesse.

A capacidade de enfrentamento do problema priorizado é parcial, na medida em que a equipe de saúde dependerá de ações externas que envolvem recursos de origem política (articulação entre secretarias municipais de Saúde, Desenvolvimento Urbano e Obras para municiar o bairro com aparelhos e edificações voltados à atividade física) e econômica (aquisição de medicamentos pela assistência farmacêutica).

Os demais problemas de alta importância, porém alocados como de menor urgência, se correlacionam, em quase sua integralidade, com comorbidades comumente relacionados à Hipertensão arterial primária, como diabetes e

dislipidemia. A priorização da HAP irá, secundariamente, impactar positivamente sobre esses demais problemas de alta relevância local.

Digno de nota é salientar que os problemas que envolvem as doenças sexualmente transmissíveis no período gestacional (notadamente a sífilis) tem sido abordados com protocolos e estratégias que envolvem monitorização mensal de testes não-treponêmicos e treponêmicos para gestantes pertencentes a grupos de maior vulnerabilidade e monitorização trimestral para as de menor risco, com acompanhamento rigoroso da terapêutica farmacológica para os casos confirmados, de acordo com o estágio da doença. Esforço especial tem sido realizado no intuito de convocar, esclarecer e tratar os parceiros dessas gestantes.

Quadro 4 — Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Pequis, Unidade Básica de Saúde Pequis, município de Uberlândia, Estado de Minas Gerais, 2019

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Alta incidência de Hipertensão arterial primária	Alta	6	Parcial	1
Diabetes mellitus II	Alta	5	Parcial	2
Dislipidemias mistas	Alta	4	Parcial	3
Saúde mental	Alta	4	Parcial	3
Queixas relacionadas ao Aparelho Locomotor	Média	3	Parcial	4
Queixas relacionadas ao aparelho digestório	Média	3	Parcial	4
Obesidade	Média	3	Parcial	4
Controle e Planejamento Familiar	Baixa	1	Parcial	5
DST (sífilis na gestação)	Alta	1	Parcial	2
Obesidade infantil	Média	1	Parcial	4

Fonte: Diagnóstico situacional da UBS Pesquis,

*Alta, média ou baixa.

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora e

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Conforme explicitado anteriormente, a equipe Pequis elegeu a Hipertensão arterial primária (HAP) como o problema prioritário devido ao quantitativo de pacientes já diagnosticados com HAP (648), num universo de 3810 pacientes cadastrados além de possíveis casos de subdiagnóstico na população da área adscrita à UBS.

Além disso, preocupa-nos o aumento das taxas de internação decorrentes de agravos provenientes de desdobramentos da hipertensão arterial (acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva descompensada, insuficiência renal crônica agudizada por nefropatia hipertensiva), que já ocupam o 3º lugar das principais causas de internação em serviços secundários e terciários locais, perdendo apenas para as internações decorrentes do ciclo gravídico-puerperal e dos traumas moto ciclísticos.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p. 21),

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

Ainda com base no Ministério da Saúde, é preciso que os profissionais da Atenção Básica promovam “estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial”. Outro destaque é que cuidem de pessoas que têm família e demais moradores da comunidade, envolvendo-os de forma individual e coletiva (BRASIL, 2013, p.21).

Com base nessas premissas é que desejamos propor e realizar ações interventivas para melhor cuidar de pacientes hipertensos e familiares.

3 OBJETIVO

Apresentar um projeto de intervenção para diminuir a incidência de Hipertensão Arterial Primária e seus agravos resultantes na população do território da UBSF Pequis, em Uberlândia, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Para a construção do Projeto de Intervenção, utilizou-se o Planejamento Estratégico Situacional (PES) com base na estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Posteriormente, foi feita pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) com os descritores: hipertensão, estratégia saúde da família e educação em saúde com vistas à sustentação teórica do plano. Também foi realizada complementação das evidências científicas identificadas nos artigos da SciELO, com a inclusão dos Cadernos do Ministério da Saúde que abordam o tema hipertensão e da Sociedade Brasileira de Hipertensão.

O texto foi redigido com base nas normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do caderno de Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2018).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Poucos conceitos médicos são tão disseminados entre a população leiga quanto o de pressão arterial. São muito comuns, tanto em reuniões sociais e de trabalho, ou em conversa de vizinhos, afirmações tais como “hoje minha pressão está alta”. Entretanto, uma detida análise de série de casos clínicos relacionados a doença hipertensiva, indicam que a hipertensão arterial primária (HAP) é assintomática, podendo estender-se despercebida ao longo de anos ou décadas. Desafortunadamente, seus sintomas afloram no bojo de suas numerosas complicações, geralmente sérias e potencialmente fatais.

Até meados do século XX, o principal problema de saúde pública no Brasil e em outros países em desenvolvimento eram as doenças infectocontagiosas. Atualmente, as doenças cardiovasculares lideram as estatísticas de morbimortalidade no Brasil e no mundo (RIELLA, 2018).

Dados norte-americanos de 2015 revelaram que HAS estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de IAM (Infarto Agudo do Miocárdio), 77% de AVE (Acidente Vascular Encefálico), 75% com IC (insuficiência Cardíaca) e 60% com DAP (Doença Arterial Periférica). A HAP é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE (MOZAFFARIAN *et al.*, 2015 *apud* MALACHIAS *et al.*, 2016, p. 1).

Malachias *et al.* (2016) apontam que, no Brasil, a hipertensão atinge 32,5% de pessoas adultas e mais de 60% dos idosos. A hipertensão colabora de forma direta ou indireta para 50% das mortes por doenças cardiovasculares e estas são responsáveis pela alta incidência de internações e, conseqüentemente, com custos socioeconômicos elevados.

Borgo *et al.* (2019) relatam que achados de estudos epidemiológicos mostram que as doenças cardiovasculares podem ser prevenidas se diagnosticadas e tratadas precocemente e as pessoas adotarem hábitos de vida saudáveis. E que o diagnóstico e tratamento solicitam o monitoramento ativo e contínuo da população para busca e efetivação de intervenções necessárias e resolutivas. Esses estudos ainda desvelam que a morbimortalidade pode ser diminuída através de políticas

apropriadas de controle dos seus principais fatores de risco como o cigarro, a hipertensão, diabetes e sobrepeso/obesidade.

A gravidade do problema da HAS não pode ser completamente vislumbrada apenas com os dados de prevalência na população geral. Quando analisamos a prevalência da doença por estratos etários, observamos que após os 50 anos de idade, mais de 50% da população apresenta níveis pressóricos acima de 140/90 mmHg; o aumento da prevalência nessa faixa etária se deve, essencialmente, ao processo gradual de senescência dos sistemas orgânicos (notadamente a função renal) somados ao surgimento de processos fisiopatológicos concomitantes, tais como as dislipidemias e a obesidade. O período de transição demográfica brasileiro atual nos permite inferir um aumento da expectativa média de vida e aumento populacional de idosos, resultando, conseqüentemente, num aumento da prevalência nacional da HAP (ZATZ, 2011).

Já na década de 70, alguns estudos retrospectivos e os primeiros resultados dos estudos prospectivos realizados na cidade norte-americana de Framingham, desde 1948, mostraram haver evidente aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares à medida que a pressão arterial se eleva. Há evidente diminuição da esperança de vida mesmo em pacientes com discretas elevações na pressão arterial, quando comparados àqueles com pressão de 120/80 mmHg; por exemplo, valores pressóricos de 140/95 mmHg reduzem em nove anos (22%) a expectativa de vida, enquanto valores de 150/100 mmHg representam uma redução de 40%. A redução dramática na expectativa de vida reflete a alta taxa de morbimortalidade por complicações cardiovasculares (RIELLA, 2018).

A auto regulação da pressão arterial é possível devido a interação de complexos e imbricados mecanismos de controle (débito cardíaco, resistência vascular periférica, sistema nervoso central, sistema nervoso autônomo, sistema de barorreceptores, sistemas hormonais vasoconstritores (renina, angiotensina, aldosterona, catecolaminas, PGF₂, TXA₂, vasopressina, endotelinas) e sistemas hormonais vasodilatadores (calicreínas–cininas, PGI₂, PGE₂, peptídeos natriuréticos, óxido nítrico)). Os valores absolutos de pressão arterial são dependentes do produto do débito cardíaco (DC) pela resistência vascular periférica (RVP). Na quase totalidade dos casos de HAP, é a RVP que se encontra alterada, influenciada pela alteração do tônus arteriolar periférico, devido influência do sistema

nervoso autônomo simpático e pelos sistemas hormonais vasoconstritores/vasodilatadores (RIELLA, 2018).

Existem basicamente duas teorias propostas para explicação dos eventos fisiopatológicos compreendidos na HAS. A Teoria Neurogênica postula que a hipertensão arterial primária (essencial) seja causada por distúrbios do sistema nervoso central, que, via sistema nervoso autônomo simpático (hiperatividade simpática) aumentam a RVP. Por sua vez, a Teoria Renal defende que o aumento da RVP se deve à limitação da excreção renal de sódio com reabsorção excessiva desse íon (ZATZ, 2011).

Por seus efeitos mecânicos, a HAS é um dos principais fatores patogênicos a promover lesões vasculares em órgãos alvo, como coração, rins, cérebro e retinas. Essas alterações fisiopatológicas possuem uma correlação direta com os valores de pressão arterial: quanto mais alto os valores de pressão, mais significativos são os desfechos de morbimortalidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

No coração, a HAS promove a hipertrofia ventricular esquerda (HVE) do tipo concêntrica. A sobrecarga de pressão imposta ao ventrículo esquerdo (VE), associado a liberação de fatores humorais que estimulam o crescimento e proliferação de cardiomiócitos e fibroblastos, resultam em diminuição de complacência do VE (disfunção diastólica) e posterior fibrose (dilatação cardíaca e IC tardia). A presença de HVE é maior fator de risco isolado para complicações cardíacas, tais como IAM, arritmias e morte súbita (RIELLA, 2018).

Com relação ao sistema nervoso central, sabe-se que o Acidente Vascular Encefálico (AVE) é cerca de 5 a 7 vezes mais frequente em hipertensos. Além das dramáticas manifestações isquêmicas e hemorrágicas do AVE, constitui-se causa cada vez mais comum de morbimortalidade e perda cognitiva progressiva, os chamados infartos lacunares. Essa doença de pequenos vasos intracranianos tem, em sua etiopatogênese, a HAS como principal fator implicado (RIELLA, 2018).

Também Oliveira *et al.* (2017, p. 389) "observaram tendências diversas na análise da mortalidade proporcional e no percentual de mudança das taxas de mortalidade por doenças hipertensivas e pelos desfechos dela decorrentes, doenças isquêmicas do coração (DIC) e AVE [...]"

Quanto aos rins, a sobrecarga pressórica imposta, ao longo de anos, às arteríolas do seu parênquima, induzem um espessamento de suas camadas muscular e elástica (hialinose arteriolar aferente), reduzindo o fluxo sanguíneo, gerando isquemia e resultando em fibrose do parênquima renal (nefroesclerose arteriolar “benigna”); além disso, o aumento da pressão intraglomerular e o hiperfluxo sanguíneo, induzem um processo de esclerose parcial ou total glomerular (hialinização glomerular); ambos os processos fisiopatológicos acabam culminando na perda irreversível da função renal, ao longo de décadas. Ressalte-se que cerca de 25% dos pacientes que são submetidos a diálise crônica têm, como único fator etiopatogênico de insuficiência renal crônica, a HAP (RIELLA, 2018).

Em estudo realizado por Pinho, Silva e Pierin (2015, p. 96) observou-se que a “doença renal crônica esteve associada aos principais fatores de risco cardiovasculares modificáveis. Frente a isto, reitera-se a necessidade de aprimorar o seguimento na atenção básica de hipertensos e diabéticos”.

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), os fatores de risco para hipertensão arterial compreendem a idade (maior prevalência em idosos > 65 anos), cor/etnia (maior prevalência entre melanodermas), sexo (maior prevalência entre mulheres), obesidade, ingestão excessiva de sódio (acima do valor recomendado de 2 g/dia), abuso do álcool (elevação consistente da pressão arterial em ingestão diária média > 30g/dia), sedentarismo (menos de 150 minutos semanais de atividades físicas, considerando lazer, trabalho e deslocamento).

O Ministério da Saúde recomenda que:

Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada. A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços. Caso haja diferença entre os valores, deve ser considerada a medida de maior valor. O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência nas próximas medidas (BRASIL, 2013, p.29).

“A medição da PA pode ser feita com esfigmomanômetros manuais, semiautomáticos ou automáticos. Esses equipamentos devem ser validados e sua calibração deve ser verificada anualmente, de acordo com as orientações do INMETRO” (MALACHIAS *et al.*, 2016, p.7).

O diagnóstico de HAS é eminentemente clínico e, segundo o Ministério da Saúde,

[...] consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três (BRASIL, 2013, p.31).

A chamada pré-hipertensão caracteriza-se pela presença de PAS (pressão arterial sistólica) entre 121 e 139 e/ou PAD (pressão arterial diastólica) entre 81 e 89 mmHg. Os pré-hipertensos têm maior probabilidade de se tornarem hipertensos e maiores riscos de desenvolvimento de complicações cardiovasculares quando comparados a indivíduos com pressão arterial normal, $\leq 120/80$ mmHg, necessitando de acompanhamento periódico (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A hipertensão arterial pode ser classificada de acordo com os valores aferidos em mmHg, sendo considerados hipertensos estágio 1 (PAS entre 140 – 159 mmHg e PAD entre 90 – 99 mmHg), hipertensos estágio 2 (PAS entre 160 – 179 mmHg e PAD entre 100 – 109 mmHg) e hipertensos estágio 3 (PAS maior ou igual a 180 mmHg e PAD maior ou igual a 110 mmHg). Quando as pressões arteriais sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes, consideramos a maior para classificação do estágio (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A avaliação clínico laboratorial dos pacientes hipertensos deve objetivar: confirmação da HAP (através da aferição com técnica acurada), identificação dos fatores de risco clássicos para desenvolvimento de doença do aparelho cardiovascular (homens com mais de 55 anos, mulheres com mais de 65 anos, história familiar de doença cardíaca precoce, tabagismo, diabetes mellitus, dislipidemia – colesterol LDL > 100 mg/dl, colesterol HDL < 40 mg/dl e triglicérides > 150 mg/dl). Além disso, podemos considerar, em nossa avaliação os chamados ‘novos’ fatores de risco cardiovascular (glicemia de jejum alterada – entre 100 e 125 mg/dl – hemoglobina glicosilada anormal, obesidade abdominal, pressão de pulso maior que 65 mmHg, história gestacional com pré-eclâmpsia e história familiar de HAP em pacientes com aferições de pressão arterial limítrofe. A avaliação clínica também deve visar a identificação de lesões de órgãos-alvo (subclínicas ou manifestas), indícios de outras doenças associadas, exclusão de causas potenciais

para hipertensão secundária e realização de estratificação do risco global cardiovascular (MALACHIAS *et al.*, 2016).

O atendimento inicial da pessoa hipertensa e seu respectivo monitoramento parte primeiro do diagnóstico precoce e de uma periodicidade anual dos exames que devem ser feitos. Esses exames são: Eletrocardiograma, glicose, colesterol total, HDL, triglicerídeos, creatinina, potássio, análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina, urina tipo 1 e fundoscopia (BRASIL, 2013)

A estratificação do risco cardiovascular, em última análise, irá depender da história clínica, do exame físico e dos exames complementares, a fim de identificar outros fatores de risco cardiovascular coexistentes, presença de lesão de órgão alvo da HAP e diagnóstico prévio de doença cerebrovascular ou renal. A estratificação de risco, levando em conta os fatores supracitados, definirá pacientes sem risco adicional, pacientes de baixo risco, pacientes de risco moderado e pacientes de alto risco para desenvolvimento de doença cardiovascular (SIMÃO *et al.*, 2014).

As recomendações atuais para intervenção no estilo de vida e farmacológica, baseiam-se numa análise matricial que converge os estágios de HAP, fatores de risco adicionais associados e presença de lesões de órgão alvo. Intervenções no estilo de vida devem ser precocemente propostas para todos os estágios de HAP e para os pacientes pré-hipertensos. Os pacientes situados no estágio I, com alto risco cardiovascular, estágio II, estágio III e pré-hipertensos com alto risco cardiovascular ou doença cerebrovascular existente, devem receber terapia farmacológica tão logo se firme o diagnóstico de HAP; os pacientes estágio I, com baixo a moderado risco cardiovascular devem aguardar de 3-6 meses de intervenções no estilo de vida antes de iniciarem terapia farmacológica; idosos até 79 anos devem receber terapia farmacológica apenas se PAS >140 mmHg, enquanto os maiores de 80 anos apenas de PAS >160 mmHg (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A meta pressórica preconizada para os pacientes que se encontram nos estágios I e II (com baixo a moderado risco cardiovascular) e estágio III é de PA < 140/90 mmHg. Por sua vez, a meta recomendada para os pacientes nos estágios I e II (com alto risco cardiovascular) é de PA < 130/80 mmHg; em pacientes coronariopatas, devido ao risco de hipoperfusão coronariana, a meta de pressão arterial não deve ser inferior a 120/70 mmHg (MALACHIAS *et al.*, 2016).

As terapias não farmacológicas para HAS envolvem controle do peso, medidas nutricionais (dieta *DASH*, diminuição da ingesta de sódio, consumo de

ácidos graxos poliinsaturados, como omêga – 3), prática de atividades físicas (aeróbicas e resistidas), cessação tabágica, controle do estresse (SIMÃO *et al.*, 2014).

Oliveira *et al.* (2017, p.391) alertam que:

A redução da PA acompanha-se de significativa redução do risco cardiovascular com maior magnitude naqueles de alto risco cardiovascular, observando-se também redução de risco residual relativo nos demais. 2,11 A terapia não farmacológica com mudança de estilo de vida (MEV) deve ser implementada inicialmente para todos os estágios de HAS e também para os portadores de PA de 135-139/85-89 mmHg.

Esse alerta é confirmado pelos dizeres: “os reais benefícios das prevenções primária e secundária das DCV, com evidência de comprovação da dieta, da suplementos e das vitaminas, buscando informar o clínico de como orientar sua comunidade a escolher e consumir tais produtos (SIMÃO *et al.*, 2014, p. 421)

No que tange ao tratamento farmacológico, ele abrange medicações com diversos mecanismos de ação anti-hipertensiva. Os principais representantes, de primeira linha, incluem os inibidores de enzima conversora de angiotensina, bloqueadores do receptor de Angiotensina II, antagonistas dos canais de cálcio, diuréticos tiazídicos. Em casos selecionados, pode-se lançar mão dos betabloqueadores, alfa agonistas centrais, alfa bloqueadores pós-sinápticos, vasodilatadores arteriais diretos e inibidores diretos da renina. Nos pacientes hipertensos estágio I (com risco cardiovascular baixo a moderado), inicia-se tratamento com instituição de terapia não farmacológica e farmacológica em esquema de monoterapia. Nos pacientes hipertensos estágios I (risco cardiovascular alto), II e III, inicia-se tratamento não farmacológico e farmacológico em esquema de duas drogas de classes diferentes em doses baixas.

Em casos de refratariedade terapêutica farmacológica, procede-se com aumento da dose, troca ou associação de classes (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Cabe destacar que, em nosso país, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de APS. O trabalho dessas equipes pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações

de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, torna-se imprescindível refletir acerca do que Stopa *et al.* (2019, p.12) afirmam:

Estudos sobre o uso de serviços de saúde de rotina são importantes para a organização da assistência, bem como para o monitoramento do desempenho dos sistemas de saúde. Por meio deles é possível conhecer a cobertura da assistência e identificar, assim, segmentos populacionais mais vulneráveis. Identificar como os indivíduos com HA e DM utilizam os serviços de saúde para controle das doenças é de extrema relevância para reduzir barreiras no acesso e, ainda, orientar políticas de saúde no intuito de reduzir desigualdades.

Portanto, cabe à equipe de saúde organizar o acompanhamento dos pacientes hipertensos, verificar a situação de cada um, caso a caso, respeitando a especificidade deles, reavaliar condutas e prestar atenção aqueles pacientes vulneráveis e que requerem um atendimento mais frequente e aprenda a se auto cuidar por meio de ações educativas.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado Hipertensão Arterial Primária (HAP) na população adscrita ao território da UBSF Pequis.

Apesar dos índices locais de prevalência da HAP estarem abaixo dos índices nacionais, avaliamos criticamente quais seriam os entraves locais para nosso insucesso no controle e monitoramento eficaz das comorbidades e complicações sofridas por esses pacientes.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Em nossa realidade, a equipe acredita ser a HAP nosso problema prioritário por encontramos 648 pacientes já diagnosticados com HAP num universo de 3810 pacientes cadastrados, perfazendo cerca de 17% da população local adscrita, número que supera a prevalência de qualquer outra doença local. Preocupou – nos, também, o fato de que novos casos surgem todos os dias, levando-nos à conclusão de que deva existir uma situação de subdiagnóstico na população de interesse.

Além disso, preocupa-nos o aumento das taxas de internação decorrentes de agravos provenientes de desdobramentos da hipertensão arterial (acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva descompensada, insuficiência renal crônica agudizada por nefropatia hipertensiva), que já ocupam o 3º lugar das principais causas de internação em serviços secundários e terciários locais, perdendo apenas para as internações decorrentes do ciclo gravídico-puerperal e dos traumas moto ciclísticos.

6.2 Explicação do problema (quarto passo)

A Hipertensão arterial caracteriza - se por doença de etiologia multifatorial (genética, metabolismo e estilo de vida), na qual ocorre elevação sustentada dos níveis pressóricos acima de 140 mmHg para níveis sistólicos e/ou 90 mmHg para níveis diastólicos. Está intimamente associada a fatores de risco deflagradores, que incluem o sedentarismo, obesidade abdominal, ingesta excessiva de sódio, tabagismo, ingesta de álcool excessiva e fatores socioeconômicos (SOCIEDADE

BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Acreditamos que os principais fatores de risco deflagradores, como as dislipidemias, obesidade, sedentarismo, tabagismo, ingesta excessiva de álcool e sódio são resultado secundário do estilo de vida imoderado dos pacientes. Destacam-se, ainda, as condições socioeconômicas, culturais e educacionais, uma vez que nossos usuários não foram ou não tiveram a oportunidade de ser educados, orientados e alertados convenientemente quanto aos riscos à saúde impostos por seu estilo de vida, reproduzindo, assim, um modo de vida que propicia o surgimento de patologias do aparelho cardiovascular.

Soma-se aos fatores previamente elencados, a baixa assimilação e aplicação de protocolos de prevenção da doença cardiovascular por parte dos agentes de saúde locais. A escassez de campanhas educativas, a dificuldade de acesso a informação e a assistência farmacêutica precária são óbices evidentes ao processo de evolução terapêutica e melhora de nossos índices locais.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Em reunião de equipe, elencamos os seguintes pontos críticos a serem aperfeiçoados: Inoperância ou diminuída eficácia dos grupos operativos que tratam da Hipertensão; falta de oferta de medicações anti-hipertensiva; dificuldades técnicas para realização de correta aferição da pressão arterial e ausência de equipamentos sociais, no bairro, que estimulem a prática de atividades físicas e mudanças do estilo de vida.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Nos quadros 5, 6, 7 e 8 serão apresentadas, para cada nó crítico, as respectivas operações/projetos, produtos e resultados esperados, recursos, responsáveis e acompanhamento das ações.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico I” relacionado ao problema “alta incidência de Hipertensão Arterial Primária”, na população sob responsabilidade da Equipe de saúde da Unidade de Saúde Pequís do município Uberlândia, Minas Gerais, 2019

Nó crítico 1	Inoperância Grupos Operativos
Operação (operações)	Formalizar os grupos operativos quanto à periodicidade e horário de funcionamento; Informar e conscientizar os pacientes sobre os riscos da HAP e importância do tratamento medicamentoso e não medicamentoso
Projeto	EDUCAÇÃO EM PROCESSO
Resultados esperados	Grupos Operativos em funcionamento regular Pacientes participando dos grupos operativos;
Produtos esperados	Grupos operativos organizados
Recursos necessários	Estrutural: espaço físico para os grupos operativos Cognitivo: informação sobre Hipertensão, riscos e tratamento Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos informativos e insumos. Político: mobilização dos atores sociais, continuidade das ações educativas em saúde.
Recursos críticos	Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos informativos e insumos. Político: mobilização dos atores sociais, continuidade das ações educativas em saúde
Controle dos recursos críticos	Secretário Municipal de Saúde Gerente da UBS
Ações estratégicas	Apresentar o projeto dos grupos operativos à equipe de saúde e gerente da UBS- favorável
Prazo	Início em três meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico Enfermeiro

Processo de monitoramento e avaliação das ações	Após cada grupo operativo perguntar aos participantes como o avaliam para melhoria dos pontos negativos
--	---

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “alta incidência de Hipertensão Arterial Primária”, na população sob responsabilidade da Equipe de saúde da **Unidade de Saúde Pequís** do município Uberlândia, Minas Gerais, 2019

Nó crítico 2	Falta de oferta de medicações
Operação (operações)	Oportunizar o acesso a medicações anti-hipertensivas na quantidade adequada e em tempo hábil.
Projeto	MAIS MEDICAÇÕES
Resultados esperados	Garantia de acesso pleno aos medicamentos anti-hipertensivos pelos pacientes
Produtos esperados	Aquisição de medicamentos e insumos pela assistência farmacêutica
Recursos necessários	Estrutural: espaço físico para o funcionamento da farmácia local Cognitivo: informação sobre Hipertensão, riscos e importância da aderência ao tratamento farmacológico Financeiro: recursos para aquisição de fármacos e insumos
Recursos críticos	Estrutural: espaço físico para o funcionamento da farmácia local Financeiro: recursos para aquisição de fármacos e insumos
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde
Ações estratégicas	Reunião com a secretaria municipal de saúde e assistência farmacêutica para definição da relação normatizada de medicamentos anti-hipertensivos a serem adquiridos
Prazo	3 meses
Responsável (eis) pelo	Assistência farmacêutica municipal, Gerente da UBS,

acompanhamento das ações	Médico, Enfermagem
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Matriciamento dos pacientes hipertensos que efetivamente tiveram acesso as medicações

Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “alta incidência de Hipertensão Arterial Primária”, na população sob responsabilidade da Equipe de saúde da Unidade de Saúde Pequís do município Uberlândia, Minas Gerais, 2019

Nó crítico 3	Técnica incorreta para aferição da pressão arterial
Operação (operações)	Informar, conscientizar e treinar os técnicos da UBS para técnica correta de aferição da pressão arterial
Projeto	MEDIDA CERTA
Resultados esperados	Todos os técnicos que operam saúde capacitados para realização de correta aferição da pressão arterial
Produtos esperados	Realização de workshops e oficinas para treinamento prático
Recursos necessários	Estrutural: espaço físico para as oficinas Cognitivo: informação sobre técnica de aferição adequada Financeiro: recursos para aquisição de material médico para aferição (esfigmomômetros aneroides e estetoscópios)
Recursos críticos	Financeiro: recursos para aquisição de material médico para aferição (esfigmomômetros aneroides e estetoscópios) Cognitivo: informação sobre técnica de aferição adequada
Controle dos recursos críticos	Secretário Municipal de Saúde, Gerente da UBS.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto aos técnicos da UBS, conscientizá-los sobre a importância do aprendizado da técnica correta de aferição da pressão arterial e proporcionar treinamento prático
Prazo	Início em um mês

Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico, Enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Após cada oficina, perguntar aos participantes como avaliam o nível de aprendizado; aplicação de testes práticos.

Quadro 8 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “alta incidência de Hipertensão Arterial Primária”, na população sob responsabilidade da Equipe de saúde da Unidade de Saúde Pequis do município Uberlândia, Minas Gerais, 2019

Nó crítico 4	Inadequada estrutura urbanística para realização de atividades físicas
Operação (operações)	Tentar municiar o bairro com aparelhos voltados à atividade física; Realizar atividades físicas como caminhadas e alongamentos até que se consiga aparelhos apropriados para outros tipos de atividades físicas.
Projeto	BAIRRO SAUDÁVEL
Resultados esperados	Pacientes motivados, participando de atividades físicas em seu próprio bairro;
Produtos esperados	Infraestrutura adequada para realização de atividades físicas no bairro Construção de ciclovias, academia popular e passarela para caminhadas,
Recursos necessários	Estrutural: interstícios urbanos apropriados para edificação de aparelhos públicos para atividade física Cognitivo: conscientizar pacientes sobre a importância das atividades físicas na prevenção e tratamento da hipertensão Financeiro: recursos para a realização de obras públicas Político: mobilização dos atores sociais para efetivação do novo projeto urbanístico
Recursos críticos	Financeiro: recursos para a realização de obras públicas Político: mobilização dos atores sociais para efetivação do novo

	projeto urbanístico
Controle dos recursos críticos	Secretário Municipal de Saúde Secretaria de Obras, Secretaria de Desenvolvimento Urbano
Ações estratégicas	Reunião com secretário municipal de saúde, secretário de desenvolvimento urbano e secretário de obras para desenho das linhas de ação, reordenamento orçamentário, licitação e execução de obras
Prazo	Início em 1-2 anos
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Secretário Municipal de Saúde, Secretaria de Obras, Secretaria de Desenvolvimento Urbano e Associação de moradores do bairro beneficiado.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Cumprimento das disposições constantes no projeto de licitação e execução de obras, dentro dos prazos estipulados.

Detêm-se da análise dos Quadros 5,6,7 e 8 que estipulamos um Projeto de Intervenção centrado em quatro eixos fundamentais: o projeto de Grupos Operativos Anti-HAP, o projeto Mais Medicamentos, o projeto Medida Certa e o Projeto Bairro Saudável. Os objetivos de tais projetos são respectivamente: informar e conscientizar a população adscrita ao território sobre os riscos da HAP e a importância do tratamento, oferecer medicamentos anti- HAP na quantidade e tempo adequados por meio de aquisição de medicamentos pela assistência farmacêutica, capacitar os técnicos em saúde para correta aferição de pressão arterial por meio de *workshops* dessa temática e, por fim, prover o bairro Pequis com aparelhos e edificações voltados à atividade física através da construção de ciclovias, academia popular e passarela para caminhadas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se iniciou este trabalho, constatou-se a necessidade de propormos e realizarmos ações interventivas para melhor cuidar de pacientes portadores de hipertensão arterial primária (HAP) no território da Unidade Básica de Saúde da Família Pequis, uma vez que o quantitativo de casos locais de HAP tem predominância sobre outras patologias.

Diante disso, este trabalho teve, como objetivo, a proposição de um projeto de intervenção para diminuir a incidência de Hipertensão Arterial Primária e seus agravos resultantes na população do território da UBSF Pequis, em Uberlândia, Minas Gerais.

Constata-se, ao final deste trabalho, um maior engajamento de toda a equipe da UBSF Pequis na adoção de medidas interventivas capazes de alterar o desfecho clínico da hipertensão arterial não controlada.

Além disso, observa-se maior adesão dos pacientes às terapias farmacológicas e não farmacológicas explicitadas durante os grupos operativos. Apesar de não vislumbrarmos, durante a realização desse trabalho, algumas mudanças do espaço urbano local, que priorizem e efetivem a prática de atividades físicas, observamos o empenho da comunidade e de determinados atores sociais, frente aos gestores públicos, na busca dessas melhorias.

Destaca-se que, ao final do trabalho, é preciso avaliar o impacto na morbimortalidade por hipertensão arterial entre os pacientes que participaram do plano de intervenção.

REFERÊNCIAS

BORGIO, M. V. *et al.* Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população de Vitória segundo dados do VIGITEL e da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 22, e190015, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS/.** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. CNES Fluxo de Clientela. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br>

CORRÊA, E. J. ; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso.** Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 19 maio 2019.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 19 maio 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@.** 2018 Brasília, [online], Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberlandia/panorama>>. Acesso em: 19 maio 2019.

MALACHIAS, M.V.B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.** v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-83, 2016.

OLIVEIRA, G.M.M. *et al.* 2017 Diretrizes para Cuidados Primários em Hipertensão nos Países de Língua Portuguesa. **Arq Bras Cardiol.** v.109, n.5, p. 389-396, 2017.

PINHO, N. A.; SILVA, G. V.; PIERIN, A. M. G. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP, Brasil. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 37, n. 1, p. 91-97, 2015.

RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrolíticos.** 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 2018.

SIMÃO, A. F. *et al* . I Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia - Resumo Executivo. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 102, n. 5, p. 420-431, May 2014 .

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

STOPA, S.R.*et al* . Uso de serviços de saúde para controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus no município de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 22, e190057, 2019.

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal de Uberlândia. **3º Relatório Quadrimestral - Setembro a Dezembro 2018**. Uberlândia. 2019. Disponível em: http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/21331.pdf>. Acesso em: 19 maio 2019.

UBERLÂNDIA. Secretaria Municipal de Cultura. **Congado de Uberlândia**. 2017. Centro de Estudos, Pesquisas e Projetos Econômico-sociais/Instituto de Economia e Relações Internacionais/Universidade Federal de Uberlândia, agosto 2017. 136 p. Disponível em: [http://www.ie.ufu.br/sites/ie.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/CEPES_Painel Informacoes Municipais Uberlandia 2018.pdf](http://www.ie.ufu.br/sites/ie.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/CEPES_Painel_Informacoes_Municipais_Uberlandia_2018.pdf)>. Acesso em: 19 maio 2019.

ZATZ, R. **Bases Fisiológicas da Nefrologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.