

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

**FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA NA ABORDAGEM  
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA EQUIPE DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA SAGARANA NO MUNICÍPIO DE ARINOS - MINAS  
GERAIS**

**UNAÍ - MINAS GERAIS**

**2018**

**FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA NA ABORDAGEM  
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA EQUIPE DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA SAGARANA NO MUNICÍPIO DE ARINOS - MINAS  
GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

**UNAÍ - MINAS GERAIS**

**2018**

**FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA NA ABORDAGEM  
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA EQUIPE DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA SAGARANA NO MUNICÍPIO DE ARINOS - MINAS  
GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Maria Dolores Soares Madureira – orientadora - UFMG

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 26 de dezembro de 2018.

## DEDICATÓRIA

À minha família, à minha mãe e ao meu pai (in memoriam).

## **AGRADECIMENTOS**

A todos os pacientes, os atuais, os passados e os futuros, que confiam, sem receio, suas vidas aos nossos cuidados.

À equipe de saúde Sagarana, por me acolher e contribuir com meus estudos e crescimento profissional.

À minha orientadora, por todo auxílio e orientação.

## RESUMO

Arinos é um município da região noroeste do estado de Minas Gerais e encontra-se na Mesorregião do Noroeste do Estado. Sua população estimada em 2014 era de 18.243 pessoas habitantes e o sistema de saúde está organizado por níveis de atenção os quais constituem a rede de atenção de saúde da população. A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica de elevada prevalência na população, sendo a sua prevenção e o seu controle objetos de intervenção. Portanto este estudo foi feito na área da equipe Sagarana da Unidade Básica de Saúde Sagarana no município de Arinos do estado de Minas Gerais e tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção para melhorar a abordagem da Hipertensão Arterial. Esta intervenção busca diminuir tanto a incidência quanto a morbidade por complicações decorrentes dessa enfermidade. Os procedimentos metodológicos incluíram: diagnóstico situacional de saúde, revisão bibliográfica e plano de intervenção. Com a implantação deste projeto espera-se elevar os conhecimentos dos usuários e a equipe de trabalho sobre o controle da doença, aumentar a qualidade das atividades dos grupos operativos e melhorar a relação dos usuários com a adesão ao tratamento, principalmente, não medicamentoso.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão.

## **ABSTRACT**

Arinos is a county in the northwestern region of the state of Minas Gerais and is located in the Northwest Region of Minas. Its estimated population in 2014 was 18.243 people and the health system is organized by levels of care which constitute the health care network of the population. Hypertension is a chronic disease of high prevalence in the population, and the prevention and control your objects. So this study was done in the area of team basic health unit Sagarana in the municipality of Arinos in the State of Minas Gerais and aims to elaborate a project of intervention to improve the approach to Hypertension. This intervention seeks to decrease both incidence as to morbidity due to complications resulting from this disease. The methodological procedures included: Situational diagnosis of health, literature review and intervention plan. With the implementation of this project is to raise the knowledge of users and the team on the control of the disease, increase the quality of the group's activities and improve the relationship of users with adherence to treatment, mainly non-drug treatment.

Keywords: Family health strategy. Primary health care. Hypertension.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DAP	Doença Arterial Periférica
DCV	Doença cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
ESF	Equipe Saúde da Família
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência Cardíaca
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
RCV	Risco Cardiovascular
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 - Priorização dos problemas diagnosticados pela equipe de saúde da família Sagarana, no município de Arinos, 2018. 14
- Quadro 2 - Classificação da PA de acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 19
- Quadro 3 - Fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV) 21
- Quadro 4 - Desenho das operações para o “nó crítico” 1 relacionado ao problema de hipertensão arterial sistêmica, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sagarana, do município de Arinos - MG, 2018. 26
- Quadro 5 - Desenho das operações para o “nó crítico” 2 relacionado ao problema de hipertensão arterial sistêmica, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sagarana, do município de Arinos - MG, 2018. 27
- Quadro 6 - Desenho das operações para o “nó crítico” 3 relacionado ao problema de hipertensão arterial sistêmica, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sagarana, do município de Arinos - MG, 2018. 28

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1.1 Aspectos gerais do município</b> .....	11
<b>1.2 O sistema municipal de saúde de Arinos</b> .....	12
<b>1.3 A Unidade Básica de Saúde Sagarana</b> .....	12
<b>1.4 A Equipe de Saúde da Família Sagarana</b> .....	13
<b>1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade</b> .....	14
<b>1.6 Priorização dos problemas</b> .....	14
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	16
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	17
<b>3.1 Objetivo geral</b> .....	17
<b>3.2 Objetivos específicos</b> .....	17
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	18
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	19
<b>5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica</b> .....	19
<b>5.2 Rastreo, diagnóstico e tratamento da HAS na Atenção Primária</b> .....	20
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b> .....	24
<b>6.1 Descrição do problema selecionado</b> .....	24
<b>6.2 Explicação do problema</b> .....	24
<b>6.3 Seleção dos nós críticos</b> .....	24
<b>6.4 Desenho das operações</b> .....	25
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	29
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	30

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Aspectos gerais do município

Arinos é um município da região noroeste do estado de Minas Gerais, encontrando-se na Mesorregião do Noroeste mineiro, mais precisamente na Microrregião de Unaí. De acordo com o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE), sua população em 2010 era de 17.674 pessoas, sendo a população estimada para 2018 de 17.888 pessoas. Está a meio caminho entre a Capital Federal e o norte do estado. Arinos é o 6º maior município de Minas Gerais, com uma área territorial em torno de 5.279,419 km². A economia local tem por base a Pecuária de Corte e de Leite, a Agricultura, comércio local, além de pequenas indústrias; apresenta a pecuária como sua principal fonte de renda (IBGE, 2017).

A infraestrutura do município é de cidade de porte pequeno, contando com um Hospital Municipal e nove unidades básicas de saúde (UBS) espalhadas por regiões estratégicas, além dos postos de atendimento à população dos povoados e distritos pertencentes ao município. Conta com Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária, Fórum, Estação de Tratamento de Água, Estação de tratamento de esgoto, Usina de Reciclagem e Compostagem de Lixo, rodoviária, praças, habitações populares e condomínios, Parque de Exposição, Estádio de futebol (Nego Si), diversos bancos e caixas lotéricas, correio, academias e clube. Conta ainda com o Instituto Mineiro de Agropecuária (IMA) e o Instituto Estadual de Floresta (IEF), além outros serviços diversos.

De acordo com o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB 2018), na sede do município ocorre tratamento de água e coleta de lixo em 100% das moradias. No entanto, a cidade ainda não possui rede de esgoto.

Arinos possui uma creche responsável pela educação infantil, uma escola estadual que atende alunos do 6º ao 9º Ano, do 2º grau e alguns cursos técnicos, e três escolas municipais que atendem do ensino introdutório e da 4ª série ao 1º grau. Além disso, há um Polo do Instituto Federal de Minas Gerais que oferece cursos profissionalizantes.

Além das escolas e creche citadas como recursos comunitários, há também igrejas católicas e evangélicas, pracinhas e quadras para lazer da população e um sindicato rural. E, na parte de turismo, Arinos conta com um centro de apoio ao turismo e faz parte do Circuito Turístico Urucuia Grande Sertão.

## **1.2 O sistema municipal de saúde de Arinos**

Arinos é um município de porte pequeno, e não possui os níveis de atenção de alta ou média complexidade, logo precisa referenciar os atendimentos para Unaí, sede de Micro e Macrorregião do município. Segundo os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (DATASUS, 2018) o município apresenta as seguintes instituições de saúde: nove Unidades Básicas de Saúde, uma Academia de saúde, uma clínica especializada, um consultório médico privado, um hospital geral, uma secretaria de saúde, uma unidade móvel terrestre, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) tipo básico, um laboratório de análises clínicas.

## **1.3 A Unidade Básica de Saúde Sagarana**

A Unidade de Saúde da Equipe Sagarana foi inaugurada a menos de um ano e está situada na zona rural a 51km do centro de Arinos. É uma casa alugada, adaptada para ser uma UBS.

A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual nos horários de pico de atendimento (manhã) cria-se certo tumulto na Unidade. Não existe espaço nem cadeiras para todos, e muita gente tem que aguardar o atendimento em pé.

A Unidade, atualmente, não está bem equipada e faltam alguns recursos físicos adequados para o trabalho da equipe.

A Unidade de Saúde funciona de segunda a sexta-feira das 7:30 às 18, com intervalo de almoço das 12 às 14 horas. Os ACS seguem um cronograma de atividades relacionadas à assistência de saúde. Temos um calendário de visitas domiciliares e atividades coletivas.

A UBS conta também com uma recepcionista, que deve intermediar as necessidades dos usuários e a estrutura organizacional, sendo a primeira responsável em acolher os indivíduos e uma auxiliar de limpeza, responsável pela limpeza e cuidado da UBS (WIELEWICKI, 2008).

#### **1.4 A Equipe de Saúde da Família Sagarana**

A equipe Sagarana da Unidade Básica de Saúde Sagarana, atualmente, conta com os profissionais: um médico que realiza as consultas clínicas, quando e onde for necessário, além de atividades programadas, encaminhamentos para outros pontos de atenção, bem como contribui, realiza e participa das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe; uma enfermeira, que realiza as consultas e procedimentos de enfermagem, as atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, além de participar diretamente do planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, juntamente com os outros membros da equipe, e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; uma auxiliar de enfermagem, que participa das atividades de atenção, realizando procedimentos específicos de sua profissão, ações de educação em saúde e educação permanente, conforme planejamento da equipe; um técnico de enfermagem que além de realizar os procedimentos cabíveis ao exercício de sua profissão, realiza as atividades programadas e de atenção espontânea, participa das ações de educação em saúde à população e educação permanente, do gerenciamento dos insumos necessários para o funcionamento da UBS; cinco agentes comunitários de saúde que fazem a mediação da relação das pessoas da comunidade com a equipe, cadastrando-as e orientando-as quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis, acompanhando-as por meio de visitas domiciliares e contato permanente com as famílias, desenvolvendo atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2012).

#### **O dia a dia da equipe Sagarana**

O tempo dos profissionais da Equipe Sagarana está dividido no acolhimento dos usuários, atendimento da demanda espontânea, que ocupa a maior parte do tempo de alguns profissionais, atendimento de demanda programada, que é principalmente

para pré-natal, puericultura, hipertensos, diabéticos e controle de câncer de mama e ginecológico, visitas domiciliares. Sobre os projetos e grupos operativos: a equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde, como grupos de hipertensos e diabéticos, que não tem um bom retorno devido à dificuldade de acesso da população à UBS.

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

A estimativa rápida, segundo Faria, Campos e Santos (2017, p.36) é “um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos”, constituindo uma ferramenta de apoio ao planejamento participativo. A partir da estimativa rápida, podemos conhecer melhor os problemas da comunidade. Esse método é fácil, barato e de boa acurácia. Assim, definiram-se como principais problemas de saúde na área de abrangência da equipe Sagarana: aumento de hipertensão arterial sistêmica (HAS), dificuldade de acesso a UBS, diabetes *mellitus* (DM), violência e saneamento básico precário.

### **1.6 Priorização dos problemas (segundo passo)**

Seguindo os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe Sagarana, os problemas foram priorizados, conforme mostra o quadro 1.

Quadro 1 - Priorização dos problemas diagnosticados pela equipe de saúde da família Sagarana, no município de Arinos, 2018.

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância*</b>	<b>Urgência**</b>	<b>Capacidade de enfrentamento***</b>	<b>Seleção</b>
Alta prevalência de HAS	Alta	8	Total	1
Dificuldade de acesso à UBS	Alta	6	Parcial	2
Diabetes	Alta	6	Total	3
Violência	Alta	5	Parcial	4
Saneamento básico precário	Média	5	Parcial	5

Fonte:

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

O problema hipertensão arterial sistêmica na comunidade adscrita à equipe Sagarana foi selecionado como prioridade 1 e portanto o plano de intervenção terá como foco este problema.

## 2 JUSTIFICATIVA

A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial define a Hipertensão arterial sistêmica (HAS) como “uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg”. A HAS “mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal” (MALACHIAS *et al.*, 2016, p.1). Está associada, frequentemente, a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, que pode se agravar pela presença de outros fatores de risco, como obesidade, dislipidemia, intolerância à glicose e diabetes mellitus (ROSÁRIO *et al.*, 2009).

A HAS tem alta prevalência na população brasileira, atingindo “36 milhões de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovasculares” (SCALA; MAGALHÃES; MACHADO, 2015 *apud* MALACHIAS *et al.*, 2016, p.1).

A HAS, juntamente com a DM, suas complicações, cardíacas, renais e AVE impactam de forma significativa a perda da produtividade do trabalho, o absenteísmo e a renda familiar, sendo que no período compreendido entre 2006 e 2015 esta perda foi estimada em US\$ 4,18 bilhões. Em 2013, a principal causa de morte no país entre os brasileiros foi decorrente de doença cardiovascular, ou seja, 339.672 óbitos do total de 1.138.670 (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Dessa forma percebe-se a importância de uma abordagem preventiva e de promoção à saúde, e a necessidade de identificar a presença de fatores que influenciam o desenvolvimento da doença e o controle dos pacientes, podendo, assim, agir a partir de diferentes níveis de determinação desse comportamento. Essa abordagem permitirá a realização de grupos de intervenções diretas na população e em indivíduos hipertensos. Essa abordagem é importante, uma vez que esta é uma doença muitas vezes silenciosa e com alto índice de morbidade e mortalidade, sendo eficazes atividades que minimizem os danos à saúde (MALACHIAS *et al.*, 2016).



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar a abordagem da Hipertensão Arterial, pela equipe de saúde da família Sagarana, no município de Arinos.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Melhorar a prática da educação em saúde pela equipe de trabalho.

Elevar o nível de conhecimento dos usuários sobre a doença e seu controle.

Realizar ações educativas nos grupos de HIPERDIA, considerando os fatores inerentes ao paciente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde.

Melhorar a relação entre equipe de saúde e os usuários para o bem-estar da população e do nosso trabalho.

#### 4 METODOLOGIA

A realização do presente trabalho deu-se por meio do diagnóstico situacional de saúde da área de abrangência da ESF Sagarana, da revisão bibliográfica e do plano de intervenção.

Para a realização do diagnóstico situacional foi utilizado o método de Estimativa Rápida que possibilitou melhor conhecimento sobre os problemas da área de abrangência da equipe Sagarana do município de Arinos.

Para subsidiar o projeto foi feita uma revisão bibliográfica, através da busca de informações científicas sobre o tema nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Esta busca foi norteada pelos descritores: Hipertensão, Promoção da Saúde e Estratégia de Saúde da Família.

O plano de Intervenção foi idealizado em conjunto com a equipe de saúde da família Sagarana e seguiu os passos do Planejamento Estratégico Situacional: identificação dos problemas, priorização dos mesmos, descrição e explicação do problema selecionado, identificação dos “nós críticos” e desenho das operações (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2017).

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica é definida como uma “condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou  $90$  mmHg” (MALACHIAS *et al.*, 2016, p.1).

No Brasil, a HAS atinge 32,5% de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV) (PERK *et al.*, 2012). “Junto com a diabetes *mellitus* (DM), suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015” (MANCIA *et al.*, 2013 *apud* MALACHIAS *et al.*, 2016, p.1).

Os valores que definem a hipertensão, de acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, estão expressos no quadro 2:

Quadro 2 - Classificação da PA de acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	$\leq 120$	$\leq 80$
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	$\geq 180$	$\geq 110$
Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.		

Fonte: MALACHIAS *et al.*, 2016.

O diagnóstico de HAS é confirmado quando a média das três medidas da pressão arterial (PA) forem iguais ou maiores a 140/90mmHg. Confirmado o diagnóstico, deve-se agendar uma consulta médica para que o tratamento seja iniciado e o paciente seja acompanhado (BRASIL, 2013).

O rastreamento para diagnóstico precoce da hipertensão se baseia no reconhecimento dos fatores de risco presentes na história atual e pregressa do paciente. São eles: idade avançada, sexo feminino, etnia negra, obesidade, consumo excessivo de sal, consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas, tabagismo, sedentarismo e fatores socioeconômicos, como menor nível de escolaridade. Dessa forma, estratégias para prevenção do desenvolvimento da HAS devem englobar políticas públicas de saúde que alertem a população sobre a importância da modificação do estilo, já que os principais fatores de risco estão associados a hábitos inadequados (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A história natural da HAS é prolongada e, junto com a cronicidade, associa-se a uma série de fatores como: longo curso assintomático, evolução clínica lenta e permanente, bem como aparecimento de complicações. Valores de pressão arterial sustentadamente elevados, principalmente quando acompanhados de tabagismo, diabetes e dislipidemia, estão relacionados à maior incidência de eventos mórbitos, como a aterosclerose que se manifesta por cardiopatia isquêmica, acidente cerebrovascular e doenças vasculares renal e periférica, responsáveis por 65% dos óbitos na população adulta em plena fase laboral (30 a 69 anos) e por 40% das aposentadorias precoces (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010).

A maior razão para o controle inadequado é a falta de adesão ao tratamento, uma vez que os pacientes não seguem as recomendações prescritas pelo médico, seja não adquirindo um percentual considerável de remédios prescritos ou mudando seus hábitos de vida. A solução mais eficaz no controle da doença e na prevenção de suas complicações é a participação ativa do indivíduo. Para isso, é imprescindível que haja vínculo suficiente entre equipe e paciente (DALLACOSTA; DALLACOSTA; NUNES, 2010).

## **5.2 Rastreio, diagnóstico e tratamento da HAS na Atenção Primária**

A atenção primária ao paciente hipertenso deve ser centrada na família, percebida a partir de seu ambiente social e físico, possibilitando uma ampla compreensão do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das

práticas curativas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Desse modo, a atuação dos profissionais de saúde “deve ser integrada, com níveis de competência bem estabelecidos na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, com medidas preventivas primárias e atendimento à hipertensão arterial” (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010, p.133).

A estratificação do Risco Cardiovascular (RCV) é fundamental para o tratamento e o prognóstico uma vez que determina a probabilidade da ocorrência de um evento cardiovascular grave e foi recomendada na V Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção de Aterosclerose (XAVIER *et al.*, 2013). O score de Framingham é recomendado para se estratificar o risco cardiovascular com a finalidade de estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos (BRASIL, 2013).

Esse processo possui três etapas, sendo que a primeira é a coleta de informações sobre fatores de risco prévios descritos no quadro 3.

Quadro 3 - Fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV)

Baixo risco/intermediário	Alto risco
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabagismo</li> <li>• Hipertensão</li> <li>• Obesidade</li> <li>• Sedentarismo</li> <li>• Sexo masculino</li> <li>• História familiar de evento cardiovascular prematuro (homens &lt;55 anos e mulheres &lt;65 anos)</li> <li>• Idade&gt;65 anos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acidente vascular cerebral prévio</li> <li>• Infarto agudo do miocárdio prévio</li> <li>• Lesão de órgãos-alvo</li> <li>• Ataque isquêmico transitório</li> <li>• Hipertrofia de ventrículo esquerdo</li> <li>• Nefropatia</li> <li>• Retinopatia</li> <li>• Aneurisma de aorta abdominal</li> <li>• Estenose de carótida sintomática</li> <li>• Diabetes mellitus</li> </ul>

Fonte: BRASIL, 2013.

O cálculo deve ser realizado quando a pessoa apresentar mais de um fator de risco baixo/intermediário. A segunda etapa consiste na avaliação da idade, PA, tabagismo e exames de LDLc, HDLc. A terceira etapa é iniciada após a avaliação da presença dessas variáveis, estabelecendo uma pontuação, a partir da qual se identifica o

percentual do risco de evento cardiovascular em dez anos para homens e mulheres. “O escore de Framingham é uma ferramenta útil, de fácil aplicação no cotidiano”, e classifica os indivíduos por meio da pontuação em baixo, quando existir menos 10% de chance, intermediário, quando existir 10-20%, ou alto risco cardiovascular, quando existir mais de 20%, o que auxilia na definição de condutas (BRASIL, 2013, p.39).

A detecção, o tratamento e o controle da HAS, de acordo com alguns estudos, são fundamentais para que eventos cardiovasculares sejam reduzidos. Para tal atuação, deve-se garantir a atualização dos profissionais da rede básica de saúde, a realização de ações de promoção da saúde e controle de fatores de risco, a garantia de diagnóstico e vinculação dos hipertensos às unidades básicas de saúde para tratamento e acompanhamento, a disponibilização contínua de medicamentos e a instituição de elencos mínimos de informações sobre a ocorrência desses agravos (BRASIL, 2013).

É na Estratégia Saúde da Família que se dá o maior volume de atendimentos a esta clientela, pois a equipe de saúde está voltada para ações de cuidado ao grupo de hipertensos e no seu cotidiano prioriza as ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde da população adscrita. Para esse fim, a ESF utiliza diversas ações como aferição da pressão arterial, consultas, acesso ao tratamento apropriado e atividades educativas. O trabalho da equipe da ESF deve ter como objetivo identificar precocemente os casos de hipertensão em sua população adscrita, bem como acompanhá-los adequadamente, orientando sobre a manutenção adequada dos níveis pressóricos e os riscos decorrentes da sua elevação (BRASIL, 2009).

Vincular o usuário a uma equipe multidisciplinar, que trabalha na perspectiva da integralidade dos cuidados, é um dos elementos que diferencia a Estratégia de Saúde da Família. Esse vínculo favorece a promoção da saúde e visa maior adesão às ações de controle da pressão arterial e manutenção da qualidade de vida dos usuários (SAITO, 2008).

A ESF possui ferramentas como o HIPERDIA que possibilita o monitoramento dos pacientes e a geração de informação para aquisição e distribuição de medicamentos

regular e continuamente. Cabe à equipe de saúde a programação e implementação de atividades de investigação e acompanhamento desses usuários (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014).

É importante destacar que a educação em saúde deve fazer parte efetiva das práticas cotidianas da equipe de saúde, por meio de “palestras, visitas domiciliares, reuniões em grupos e atendimento individual, em consultas médicas e de enfermagem, o que favorece a adesão ao tratamento, na medida em que o sujeito é percebido como protagonista do processo” (CARVALHO; CLEMENTINO; PINHO, 2008 *apud* CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014, p.266).

Além disso, a equipe de saúde deve orientar o usuário sobre: importância de manter a pressão arterial dentro dos parâmetros normais; consultas programadas com o médico e o enfermeiro e com outros especialistas quando necessárias; aferição constante da pressão arterial; adesão ao tratamento medicamento e não medicamentoso fazendo uso correto da medicação prescrita e incorporando hábitos e estilos de vida saudáveis; participação em atividades que lhe favoreçam a capacidade mental e a interação social (BRASIL, 2013).

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Este plano de intervenção tem como foco o problema priorizado, a hipertensão arterial sistêmica. Apresentam-se as etapas: descrição e explicação do problema selecionado, seleção de seus nós críticos e o desenho das operações, conforme a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2017).

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

Na comunidade atendida pela ESF Sagarana possuem 203 pessoas hipertensas. A maioria se encontra acima de 55 anos. Esse fator se relaciona com a própria fisiologia, na medida em que, com o passar dos anos e, principalmente, após os 60 anos, ocorre o processo de aterosclerose, em que há o enrijecimento da parede do vaso. É um processo não patológico, mas que acarreta alterações sistêmicas, como a HAS, gerando doenças cerebrovasculares. Os homens também apresentam fatores de risco na Unidade para a HAS, na medida em que mais da metade dos casos ocorre nesse gênero, sendo que os principais fatores analisados foram: tabagismo, etilismo, obesidade e sedentarismo.

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

O problema ocorre devido, principalmente, a hábitos inadequados. A maioria dos pacientes são etilistas, fazem consumo de pelo menos uma cerveja por dia. Ademais, geralmente não têm noção sobre alimentação saudável, fazem consumo de industrializados, ingerem mais que 5 gramas de sal por dia, não realizam atividade física, encontram-se sobrepesos. Além disso, mesmo os pacientes em estágios menores da HAS, há dificuldade de manejar o tratamento não medicamentoso. Eles não entendem a importância de perder peso. Não compreendem a relação desse fator com a diminuição da Pressão Arterial. Isso tudo torna difícil o manejo da doença e contribui para sua incidência.

### **6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)**



Há três fatores relacionados à HAS na unidade: Poucas ações da equipe direcionadas à HAS, a extensa área de abrangência territorial da unidade e as dificuldades em manejar tratamento não medicamentoso.

Sobre as poucas ações da equipe direcionadas a ESF, isso se deve, sobretudo, devido à demanda espontânea, que interfere no tempo da unidade para as ações coletivas. Além disso, não são todos os membros da equipe que tem conhecimento sobre a importância de se realizar ações educativas, visando-se a redução do número de pacientes com comorbidades.

Ademais, o fato da nossa área de abrangência ser muito extensa, dificulta o acesso da população à unidade e da equipe às famílias, o que proporciona: menor interação entre as partes, menor adesão ao tratamento e aos grupos operativos e menor monitoramento da equipe aos casos já diagnosticados.

Sobre as dificuldades de se manejar o tratamento não medicamentoso, ocorre devido nível social, econômico e educacional da população. Muitos não têm noção sobre a importância da alimentação saudável, realização de atividades físicas e manutenção do tratamento. É por isso que a realização da atenção continuada se faz importante.

#### **6.4 Desenho das operações (sexto passo)**

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema de hipertensão arterial sistêmica, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sagarana, no município de Arinos, estado do Minas gerais, estão detalhadas nos quadros 4, 5 e 6, a seguir.

Quadro 4 - Desenho das operações para o “nó crítico” 1 relacionado ao problema de hipertensão arterial sistêmica, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sagarana, do município de Arinos - MG, 2018.

“Nó crítico” 1	<b>Poucas ações da equipe direcionadas a HAS</b>
Operação	Aumentar o número de ações da equipe direcionadas a HAS
Projeto	<b>Prevenindo e controlando a HAS</b>
Resultados esperados	Aumento das ações educativas desenvolvidas pela equipe. Melhor controle da HAS na comunidade
Produtos esperados	Realizar mais ações, como grupos de HIPERDIA, direcionadas a HAS, aumentar a adesão de pacientes aos grupos.
Recursos necessários	Estrutural: ambiente adequado para realização dos grupos Cognitivo: Atualização constante da equipe sobre a HAS e seus cuidados Financeiro: recurso para impressão de cartazes sobre o grupo operativo, e folders com informações relevantes sobre a HAS. Recursos também para proporcionar lanches coletivos durante os grupos, que sirvam de exemplo para os hábitos alimentares que devem ser seguidos. Político: mobilização da população Organizacional: Agenda organizada
Recursos críticos	Organizacional: Agenda organizada
Controle dos recursos críticos	Coordenadora da agenda da ESF
Ações estratégicas	Conscientizar a população e estimulá-la a comparecer aos grupos. Realizar grupos de educação continuada para capacitação e atualização da equipe.
Prazo	4 meses
Responsável pelo acompanhamento das ações	Toda a equipe deve ser responsável por acompanhar e promover a ação
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Através das reuniões mensais da equipe deverão ser feitas as avaliações do andamento do projeto.

Quadro 5 - Desenho das operações para o “nó crítico” 2 relacionado ao problema de hipertensão arterial sistêmica, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sagarana, do município de Arinos - MG, 2018.

“Nó crítico” 2	<b>Extensa área de abrangência territorial da unidade</b>
Operação	Estabelecer estratégias para que o extenso território não interfira no acesso da comunidade
Projeto	<b>Diminuindo barreiras</b>
Resultados esperados	Maior adesão da comunidade aos grupos operativos
Produtos esperados	Realizar os grupos operativos em locais de fácil acesso à maior parte da comunidade, organizar agenda para que a equipe consiga monitorar o máximo de hipertensos possíveis.
Recursos necessários	Estrutural: Local de fácil acesso à maior parte da comunidade Financeiro: recursos para disponibilizar meios de transportes adequados à população, recursos para cartazes informativos sobre a realização dos grupos operativos. Organizacional: organizar agenda
Recursos críticos	Estrutural: Local de fácil acesso à maior parte da comunidade
Controle dos recursos críticos	Coordenadora da agenda da ESF
Ações estratégicas	Estabelecer cronograma com atividades fora da UBS, como palestras em praças e escolas de fácil acesso da população.
Prazo	4 meses
Responsável pelo acompanhamento das ações	Toda a equipe de saúde da família deve ser responsável pelo acompanhamento das ações
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Através das reuniões mensais da equipe deverão ser feitas as avaliações do andamento do projeto, buscando sempre citar feedbacks da população para melhorias e correções.

Quadro 6 - Desenho das operações para o “nó crítico” 3 relacionado ao problema de hipertensão arterial sistêmica, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sagarana, do município de Arinos - MG, 2018.

“Nó crítico” 3	<b>Dificuldades em manejar tratamento não medicamentoso</b>
Operação	Aumentar a adesão ao tratamento. Modificar hábitos e estilo de vida inadequados.
Projeto	<b>Melhorando hábitos</b>
Resultados esperados	Controle da doença e redirecionamento do tratamento. Diminuir incidência de agravos devido à HAS.
Produtos esperados	Palestras sobre as mudanças de hábitos e estilo de vida necessárias ao tratamento e a importância do cumprimento do tratamento.
Recursos necessários	Cognitivo: Conhecimentos sobre o tratamento não medicamentoso da HAS e controle de agravos.  Financeiro: Para distribuição de folhetos, cartilhas sobre a importância do cumprimento do tratamento e da mudança de estilo de vida  Político: Criação de incentivos para melhoria dos hábitos de vida, como o dia da caminhada contra a HAS
<b>Recursos críticos</b>	Político: Criação de incentivos para melhoria dos hábitos de vida, como o dia da caminhada contra a HAS
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Coordenadora da agenda da ESF
<b>Ações estratégicas</b>	Conciliar lazer e prática de exercício físico nos grupos operativos para maior interesse da população em participar. Buscar parcerias para a realização dessas atividades. Incluir a participação do NASF nestas atividades
<b>Prazo</b>	4 meses
<b>Responsável pelo acompanhamento das ações</b>	Toda a equipe de saúde da família deve ser responsável pelo acompanhamento das ações
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Através das reuniões mensais da equipe deverão ser feitas as avaliações do andamento do projeto, buscando sempre citar feedbacks da população para melhorias e correções.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como foi exposta, a Hipertensão arterial sistêmica é uma condição crônica que se não tratada devidamente pode levar a complicações graves e até a óbito. Por isso, é necessário que a equipe de saúde da família intervenha de forma significativa nos problemas da comunidade, tendo a HAS e os fatores que levam a ela como alguns dos focos principais, devido à alta prevalência de hipertensos no território.

A resolução dos nós críticos expostos visa a melhorar o desempenho da equipe na realização de medidas preventivas, a conscientizar a população e a aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento não medicamentoso, parte essencial do combate a HAS.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Governo apoia maior estudo da América Latina sobre hipertensão e diabetes.** Brasília, 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=23971](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23971)>. Acesso em 24 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

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

CARVALHO, V. L. S.; CLEMENTINO, V. Q.; PINHO, L. M. O. Educação em saúde nas páginas da REBEEn no período de 1995 a 2005. **Rev Bras Enferm**, v.61, n.2, p. 243-248, fev. 2008.

DALLACOSTA, F.M.; DALLACOSTA, H.; NUNES, A. D.. Perfil de hipertensos cadastrados no programa Hiperdia de uma unidade básica de saúde. **Unoesc & Ciência - ACBS.**, v.1, n.1. p 45-52, 2010.

DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2018. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.

FARIA, H. P. H.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS,, M. A.. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde.** Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2017. 97 p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 24 maio 2018.

GOMES, T.J.O.; SILVA, M.V.R.; SANTOS, A.A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Bras Hipertens.** v.17, n 3, p 132-139, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Minas Gerais.** 2017. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/arinos/panorama>> Acesso em: 11 nov. 2018.

MALACHIAS, M.V.B. *et al* . 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.107, n.3, supl.3, p.35-43, set. 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2016004800035&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004800035&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 20 maio 2018.

MANCIA, G.; FAGARD, R. NARKIEWICZ, K. REDON, J.; ZANCHETTI A.; BOHM, M. et al; Task Force Members. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). **J Hypertens.**, v.37, n.7, p.1281-357, 2013.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C.. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev bras enferm.**, v.66, n.esp. p. 158-164, 2013.

PERK, J.; DE BACKER, G.; GOHLKE, H.; GRAHAM, I.; REINER, Z.; VERSCHUREN, M.; et al; European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). **Eur Heart J.**, v.33, n.13, p.1635-701, 2012.

ROSÁRIO, T. M. *et al.* Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobres – MT. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 93, n. 6, p. 672-678, 2009.

SAITO, R. X. de S. (Org). **Integralidade da Atenção:** Organização no Programa Saúde da Família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo: Martinari, 2008.

SCALA, L. C.; MAGALHÃES, L. B.; MACHADO, A. **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica.** In: MOREIRA, S. M.; PAOLA, A. V.; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. ed. São Paulo: Manole; 2015. p. 780-5.

WIELEWICKI, M. G. **Qualidade de atendimento de recepcionista em Unidade Básica de Saúde:** um estudo exploratório. 2008. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Londrina, 2008.

XAVIER, H. T.; IZAR, M. C.; NETO, J. R. F.; ASSAD, M. H.; ROCHA, V.Z .; SPOSITO, A. C. *et al.*. V Brazilian Guidelines on Dyslipidemias and Prevention of Atherosclerosis. **Arq Bras Cardiol.**, v.101, n.4 Suppl 1, p.1-20, 2013.