

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

IZABELA DA SILVA MELO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O ALTO ÍNDICE DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VIDA NOVA DE NOVO ORIENTE –
MINAS GERAIS**

TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS

2020

IZABELA DA SILVA MELO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O ALTO ÍNDICE DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VIDA NOVA DE NOVO ORIENTE –
MINAS GERAIS**

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: Professora Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS

2020

IZABELA DA SILVA MELO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O ALTO ÍNDICE DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VIDA NOVA DE NOVO ORIENTE –
MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Professora Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh - UFTM

Professora Maria Dolôres Soares Madureira – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em – de ----- de 2020

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, que são o motor principal da minha vida e a todos os que me apoiaram e contribuíram direta e indiretamente para sua realização.

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre as margens de si”.

FERNANDO PESSOA

RESUMO

A Hipertensão Arterial é uma doença multifatorial, caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos maior ou igual a 140 (para valores sistólicos) e/ou maior ou igual a 90 (para valores diastólicos) e se coloca como uma das principais patologias que acomete a população brasileira. É objetivo deste trabalho elaborar um Projeto de Intervenção para a Estratégia de Saúde da Família Vida Nova, Município Novo Oriente de Minas, em Mina Gerais, na intenção de reduzir a alta incidência de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica desta área de abrangência. Para a efetivação deste trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos sites do Ministério da Saúde e análises dos arquivos da Estratégia e Saúde da Família Vida Nova. A partir daí, foi elaborado um plano de ações a serem cumpridas com toda a equipe de saúde da unidade, em conjunto com a comunidade. A partir da análise da importância, da urgência e da capacidade de enfrentamento dos problemas, a equipe elegeu o alto índice de pacientes hipertensos como problema prioritário, sendo os maus hábitos alimentares, o estresse, a falta de adesão ao tratamento medicamentoso, a obesidade e o sedentarismo as principais causas do agravamento desta doença na população estudada. Espera-se, a partir da implantação da intervenção aqui proposta, alcançar e mobilizar o maior número de usuários possíveis, na intenção de conscientizá-los da importância de aderir a estilos de vida mais saudáveis, verificar periodicamente a situação global da sua saúde, aderir ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso a ele estipulado, alcançando uma qualidade de vida digna a todos e menor custos em saúde pública.

Palavras Chave: Hipertensão Arterial. Comportamento Alimentar. Estresse Psicológico. Obesidade. Comportamento sedentário.

ABSTRACT

Arterial hypertension is characterized by the elevation of blood pressure levels in circulation and is one of the main diseases that affects the Brazilian population. The objective of this work is to elaborate an Intervention Project for the Vida Nova Family Health Strategy, Novo Oriente de Minas Municipality, in Mina Gerais, with the intention of reducing the high incidence of patients with Systemic Arterial Hypertension in users of this coverage area. To carry out this work, a bibliographic search was carried out on the websites of the Ministry of Health and analyzes of the archives of the Vida Nova Family Strategy and Health. From there, an action plan was developed to be carried out with the entire health team of the unit, together with the community. Based on the analysis of the importance, urgency and ability to face the problems, the team chose the high rate of hypertensive patients as a priority problem, with poor eating habits, stress, lack of adherence to drug treatment, obesity and sedentarism the main causes of the worsening of this disease in the studied population. It is expected, from the implementation of the intervention proposed here, to reach and mobilize as many users as possible, with the intention of making them aware of the importance of adhering to healthier lifestyles, periodically checking the overall health situation, adhering to medication and non-medication treatment stipulated, achieving a decent quality of life for all and lower public health costs.

Key words: Hypertension. Feeding Behavior. Stress, Psychological. Obesity. Sedentary Behavior

LISTA DE ABREVIATURAS

- AB - Atenção Básica
- ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas
- ACS - Agentes Comunitários de Saúde
- APS - Atenção Primária à Saúde
- AVE - Acidente Vascular Encefálico
- CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
- DASH - Dietary Approaches to Stop Hypertension
- DCNT - Doenças crônicas não transmissíveis
- DCV - Doença cardiovascular
- DM - Diabetes Mellitus
- DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
- eSF - Equipe de Saúde da Família
- ESF - Estratégia de Saúde da Família
- HAS - Hipertensão Arterial
- NASF - Núcleos Ampliados à Saúde da Família
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- SUS - Sistema Único de Saúde
- UBS - Unidade Básica de Saúde
- UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Aspectos gerais do município	9
1.2 Aspectos da comunidade	11
1.3 O sistema municipal de saúde	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde Vida Nova	13
1.5 A Equipe de Saúde da Família Vida Nova da Unidade Básica de Saúde Vida Nova	14
1.6 O dia a dia da equipe Vida Nova	14
1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	15
1.8 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	17
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo geral	20
3.2 Objetivos específicos	20
4 METODOLOGIA	21
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
5.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis	22
5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica	22
5.3 Fatores de risco	22
5.4 Epidemiologia	24
5.5 Complicações	25
5.6 Tratamento	25
5.7 Modelo baseado na Atenção Básica e educação permanente para o controle da HAS	27
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	29
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	29
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	30
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	31

6.4 Desenho das operações (sexto passo)	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

O objetivo final dos serviços de saúde é garantir acesso universal e qualidade de vida às pessoas. Neste âmbito, a Atenção básica se apresenta como o primeiro acesso do usuário com o sistema de saúde, e desta forma adquire a função e responsabilidade de reconhecer e organizar as necessidades em saúde e suas devidas respostas, para que impacte positivamente no bem-estar da população. (BRASIL, 2012).

Na atualidade, as equipes da AB e Atenção à Saúde atuam principalmente no combate às doenças crônicas, que apresentam etiologias multifatoriais e são de alta prevalência, o que demanda uma diversidade de categorias profissionais da área da saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade na manutenção do seu bem-estar. O Ministério da Saúde vem desenvolvendo diretrizes, metodologias e instrumentos de apoio às equipes para que se organize a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas visando qualificar o cuidado integral, assim como ampliar as estratégias de promoção da saúde e prevenção destas doenças e suas complicações (BRASIL, 2014).

1.1 Aspectos gerais do município

O município de Novo Oriente de Minas localiza-se no nordeste de Minas Gerais, na região do Vale do Mucuri, ocupando uma área de 754 km², fica a 496 km de distância Belo Horizonte (BRASIL, 2014a).

Sua população calculada no último censo em 2010 foi de 10.339 pessoas, com uma população estimada de 10755 pessoas para 2019 (BRASIL, 2019).

Faz divisas com os municípios de Teófilo Otoni, Caraí, Pavão, Catuji, Crisólita, Águas Formosas, Padre Paraíso, Pontos dos Volantes, e Joáima. A sede do município está em baixa altitude em relação a capital mineira, e suas áreas urbanas e rurais são banhadas pelos rios Mucuri, córrego do Ouro, rios Marambaia e Americaninha, entre outros (BRASIL, 2014b).

A população de Novo Oriente de Minas está concentrada principalmente na zona rural (57%), algo contrário ao que acontece em outros municípios. Nesta cidade existe um total de 3790 famílias cadastradas no Sistema Único de Saúde (SUS),

sendo que 1470 famílias se encontram na área urbana e 2320 na área rural (BRASIL, 2010).

O índice de desenvolvimento humano do município é de 0,555, classificado como baixo em relação ao estado. A taxa de urbanização é de 62.5%. A renda média familiar é baixa já que aproximadamente 37% dos moradores são trabalhadores públicos e recebem um salário mínimo por mês, o restante da população são trabalhadores pecuaristas e agrícolas em sua maioria (BRASIL, 2010).

As principais atividades laborais que contribuem para o desenvolvimento da cidade são o comércio local que é bastante visitado pelos municípios vizinhos, a comercialização de subprodutos derivados da mandioca, do leite e fabricação da cachaça; o município também desenvolve atividades na pecuária através da criação de gado de corte e de leite (COSTA, 2012).

O serviço de coleta, tratamento e distribuição de água no município sede é exercido pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais, sendo que 67,9% da população é abastecida pela rede pública; 31,4% por nascente ou poço artesiano. O sistema de esgoto sanitário em todo o município está sobre responsabilidade da Prefeitura Municipal. O Município de Novo Oriente de Minas conta com um sistema de coleta que atende a cerca de 70% da população urbana, o restante, cerca de 25,0% é jogado em rios e em fossas (BRASIL, 2010).

Novo Oriente de Minas possui três escolas Estaduais, nove Escolas Municipais e duas Creches Municipais. Possui várias Associações de moradores e a Pastoral da Criança. Em relação aos serviços de saúde, possui uma Unidade de Saúde Central (responsável pelos atendimentos de urgência e emergência locais e pelo encaminhamento da fisioterapia, psiquiatria e ginecologia); quatro Unidades de Saúde da Família (sendo apenas uma exclusivamente urbana), um Posto Policial, e recentemente foi inaugurada a casa de repouso Irmã Giovanna (entidade sem fins lucrativos).

Atualmente, o transporte público existente é o responsável pelo deslocamento dos alunos da zona rural e os ônibus da Viação Vale do Mucuri e Rio Doce, além de alguns táxis e moto-taxis que fazem viagens locais para a cidade de Teófilo Otoni (que é o município de maior referência para Novo Oriente de Minas nas áreas de saúde, comércio, educação superior, dentre outros). As áreas de lazer na cidade são o Pesque e Pague Esmeralda, algumas lanchonetes e restaurantes, rios e

cachoeiras nas proximidades urbanas, praças e quadra poliesportiva Municipal, além das atividades culturais desenvolvidas na cidade (como eventos musicais e religiosos).

1.2 Aspectos da comunidade

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Vida Nova tem uma população estimada de 3728 habitantes e 704 famílias cadastradas, sendo que 52.5 % desta são mulheres, com uma densidade familiar de 2 a 5 pessoas por família. A faixa etária predominante é de 40 anos ou mais, com um nível de analfabetismo de 18% (BRASIL, 2019). Há 0,88% de pessoas residentes na área, coberta por plano de saúde, portanto, a maioria da população é dependente do SUS, sendo que a principal fonte de renda advém da aposentadoria dos idosos e do programa Bolsa Família do Governo Federal (28,89% das famílias recebem o benefício), o que acaba por gerar grandes problemas socioeconômicos, como a não adesão ao tratamento quando os medicamentos não se encontram disponíveis pelo SUS, dificuldade de adesão a uma dieta saudável ou mesmo aquisição de condições básicas de higiene.

O saneamento básico é precário e não ocorre em todas as áreas da comunidade, sendo que muitas ruas possuem esgoto a céu aberto, algumas casas descartam o lixo através de queimada em grandes foças (principalmente nas residências da zona rural) e a água disponibilizada é oriunda de rios que margeiam a cidade (Rio Mucuri, Rio Marambaia e afluentes), através de encanamento pela empresa COPANOR (principalmente para as ruas mais próximas ao centro) ou através de minas e poços artesianos (na zona rural e também na urbana). Cerca de 10% das ruas são asfaltadas, 50% são calçadas por paralelepípedos e o restante não possui cobertura alguma, ficando a terra exposta (o que gera grandes problemas para o transporte durante o período chuvoso e para os alérgicos no período de estiagem).

Não existe transporte público para mobilização das pessoas dentro da área urbana, mas quando necessário, por questões de saúde, carros da prefeitura realizam essa locomoção. Para a zona rural, recentemente foi inaugurada uma linha diária que abrange grande parte da comunidade, mas antes disso, os pacientes se locomoviam a pé, a cavalo, por veículos próprios ou através do ônibus escolar, o que limitava o período de consulta destes para o período matutino.

As crianças da comunidade são cadastradas em três escolas (Escola infantil Ursinho Puff, Escola Estadual Paulo Pinheiro e Escola Terra Mãe) e uma creche (a unida disponível no município que não é localizada nas proximidades da comunidade). Nas localidades físicas de abrangência da equipe existe uma associação de moradores e um sindicato dos trabalhadores da prefeitura.

1.3 O sistema municipal de saúde

No Brasil, o financiamento para o SUS é de responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios. Seus recursos têm origem nos recursos próprios do Tesouro Municipal e recursos advindos do SUS, tanto através da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais quanto do Ministério da Saúde, através de transferências fundo a fundo. O financiamento para a gestão destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde e acesso da população (COSTA, 2012).

Em Novo Oriente de Minas, a ESF foi implantada no ano 1994 e na atualidade tem como conceito fundamental a integração dos serviços de saúde do município. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta de entrada preferencial do sistema, responsável pelo acolhimento, prevenção e promoção da saúde da população a ela adstrita. A Atenção Primária à Saúde (APS), integrada aos demais pontos de atenção, as redes de promoção e prevenção articulada com os diversos atores sociais, desempenha papel fundamental à população de todo o município, não havendo mais escassez de recursos humanos, o que favorece o cumprimento de metas e melhoria no atendimento aos pacientes.

A cidade conta com cinco UBS, com 100% de cobertura da população. Além disso, possui uma Rede Farmácia de Minas, uma equipe dos Núcleos Ampliados à Saúde da Família (NASF) e um Asilo - Lar do Idoso.

As diferentes unidades de atenção à saúde no município funcionam de segunda a sexta de 07:00 horas às 17:00 horas, no caso das ESF, no entanto, há uma UBS com plantão às 24 horas, com ambulância disponível para traslado dos casos de urgência e emergência para o local de referência (todos no município de Teófilo Otoni).

Em relação aos serviços de referência, o município possui a possibilidade de encaminhamento para: Centro Viva Vida em Teófilo Otoni que acolhe gestantes de

alto risco e pacientes com câncer de colo de útero, bem como atende pacientes com hipertensão e diabetes sem controle apesar dos esforços da atenção básica. O Hospital Santa Rosália é a referência do município de Novo Oriente de Minas para atender as gestantes em acompanhamento e em trabalho de parto; a referência para urgência e emergência é a Unidade de Pronto Atendimento de Teófilo Otoni (Unidade de Pronto Atendimento - UPA- 24 Horas); os pacientes, vítimas de trauma ou queixas ortopédicas, são direcionados ao Hospital Raimundo Gobira, também em Teófilo Otoni. Em se tratando de oncologia, o acolhimento do paciente se dá em hospitais de quatro cidades (Hospital Bom Samaritano em Teófilo Otoni e Governador Valadares, Hospital Márcio Cunha em Ipatinga e alguns hospitais em Belo Horizonte, de acordo com a localidade e estadiamento da neoplasia). Por fim, os atendimentos das diversas especialidades da atenção secundária são agendados via Consórcio intermunicipal.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Vida Nova

A UBS Vida Nova foi inaugurada há 20 anos e após mudança de estrutura física há um ano, fica situada no Bairro Ypiranga, na avenida Tancredo Neves, tendo como ponto de referência o supermercado SMART.

O horário de funcionamento é de 7:00 às 11:00 horas e de 13:00 às 17:00 horas e nesta localidade funciona apenas uma Equipe de Saúde da Família (eSF). Durante o horário de almoço, a unidade permanece fechada, não sendo visto como um problema para os usuários, afinal já estão familiarizados com a rotina da unidade, assim como as informações de mudanças/horários passados para eles através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

De forma geral, a unidade possui uma boa estrutura, iluminação adequada para as práticas ali realizadas, tecnologia para uso e melhor desenvolvimento das atividades diárias, divisões razoáveis, mas deixa a desejar no quesito ventilação, principalmente na área da recepção, o que é motivo de reclamação diária por parte dos usuários em reuniões realizadas. Outro ponto negativo é a falta de um espaço físico para realização de reuniões da equipe e de grupos operacionais, que na maioria das vezes são realizados em associações pertencentes à comunidade como salão paroquial da igreja católica, igrejas evangélicas e área externa do sindicato dos trabalhadores da prefeitura.

A unidade é dividida em: sala para atendimento médico, sala da enfermagem, sala para realização de triagem e curativos, sala para atendimento odontológico, área comum dos agentes comunitários de saúde, cozinha, banheiros e outros espaços físicos abertos de uso comum dos funcionários. As salas dos atendimentos médicos e odontológicos são climatizadas, o que facilita a qualidade na prestação do serviço ao usuário, pois a região é bastante quente.

Quadro 2: Estrutura da UBS Vida Nova

Categoria	Existentes	Em uso
Recepção	1	1
Sala de Enfermagem	1	1
Sala de curative	1	1
Consultório Médico	1	1
Sala de Triagem	1	1
Sala de observação	1	1
Sala Odontológica	1	1
Leitos	2	2
Copa	1	1
Banheiros	4	4

Fonte: Autoria própria (2020)

1.5 A Equipe de Saúde da Família Vida Nova da Unidade Básica de Saúde Vida Nova

A equipe da ESF Vida Nova é composta por sete agentes comunitários de Saúde de saúde (ACS), sendo cinco responsáveis por áreas urbanas e dois por áreas rurais; um técnico de enfermagem; uma médica; um enfermeiro; um auxiliar de limpeza; uma recepcionista; um dentista e dois auxiliares de dentista. Todos os profissionais trabalham com uma carga horária de 40 horas semanais.

A eSF é referência para clínico geral, e odontologia. Pacientes com demandas de fisioterapia, urgência e emergência e ginecologia são encaminhados para a Unidade de Saúde Central Sinvaldo Ramalho e quando a demanda é de outras especialidades são agendadas consultas via Consorcio e Secretaria Municipal de Saúde. Ainda dentro da área de abrangência desta equipe, existe o Centro de

Referência de Assistência Social (CRAS) e a Unidade de Saúde Central Sinvaldo Ramalho.

1.6 O dia a dia da Equipe Vida Nova

O dia a dia da equipe da ESF Vida Nova é pautado numa rotina pré-estabelecida, através de um cronograma mensal que é realizado pelo enfermeiro ao final de todo mês para que as ações programadas sejam bem executadas. Os atendimentos médicos e da enfermagem são divididos em turnos, sendo realizada uma quantidade fixa de consultas agendadas e é disponibilizada uma quantidade menor de atendimentos de livre demanda, sendo que todas as urgências são prontamente avaliadas e referenciadas para o local ideal.

Os ACS realizam visitas mensais as suas famílias, com as quais mantêm um bom relacionamento na grande maioria das vezes. Caso haja algum conflito entre as partes, este é prontamente resolvido pelo resto da equipe.

A recepção e, conseqüentemente, a parte inicial do acolhimento é realizada por uma recepcionista que fica responsável pela organização dos prontuários, dos registros de atendimento, dos cadernos direcionados a cada grupo operacional e de toda a parte burocrática e administrativa da unidade. Apesar de tudo isso, sua principal função é realizar um bom acolhimento, fazendo com que o paciente se sinta literalmente acolhido e que sua demanda seja bem direcionada, diminuindo assim os conflitos internos na unidade.

Além dos atendimentos na unidade física, são realizadas periodicamente visitas domiciliares a pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção, grupos operacionais direcionados a tabagistas, hipertensos, diabéticos, alcoolistas crônicos e portadores de desordens mentais. Semanalmente, às quintas-feiras, é realizado o atendimento em zona rural (sendo uma unidade contemplada a cada semana pela visita do médico e enfermeiro).

Vale ressaltar que o bem-estar e a educação continuada da equipe são uma preocupação da gestão local que disponibiliza cursos de atualização em diversas áreas abrangentes da saúde básica, como: coleta de preventivo, manejo de testes rápidos para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), atualização em diagnóstico e tratamento de doenças recorrentes como tuberculose, hanseníase e leishmaniose, e outras, de forma periódica e realiza encontros chamados dia “D”,

com profissionais da saúde mental para aprimorar o bom relacionamento entre os funcionários e o trabalho em equipe.

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

Para a realização do diagnóstico da situação de saúde foi utilizado o método de estimativa rápida com o objetivo de coletar a maior quantidade de dados possíveis referentes aos principais problemas de saúde que afetam a população da área de abrangência.

A Estimativa Rápida constitui um modo de 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 importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais, autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018, p. 35).

Para realizar um trabalho bem feito deve-se considerar alguns passos para a obtenção de dados sobre os problemas de saúde da população. O primeiro passo é estabelecer, em conjunto com a equipe de saúde, as diretrizes para guiar o trabalho, depois definir sobre quais pessoas serão investigadas para a obtenção dos dados requeridos, na sequência é feito um roteiro para a obtenção de dados qualitativos acrescidos dos dados quantitativos já registrados anteriormente. Esta investigação deve se apoiar em líderes comunitários que vão a apontar informações relevantes (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

A observação ativa é outra parte da estimativa rápida que não se deve esquecer para obter dados importantes no processo de trabalho, para a coleta de dado devemos pesquisar sobre aqueles pertinentes e necessários (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). Assim, iniciou-se o planejamento estratégico.

Depois de reunir a equipe de saúde para discutir os principais problemas de saúde que atingem a população atendida pela Equipe da ESF Vida Nova foram elencados os seguintes problemas:

- ✓ Elevada incidência Hipertensão Arterial (HAS);
- ✓ Elevada incidência de Diabetes Mellitus (DM);
- ✓ Alto índice da obesidade e sedentarismo;

- ✓ Baixo nível de escolaridade;
- ✓ Alto índice de tabagismo e alcoolismo;
- ✓ Deficiente controle preconcepção;
- ✓ Uso indiscriminado de psicofármacos.

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

Para a realização deste passo, foram utilizados os critérios preconizados por Faria, Campos e Santos, (2018): a importância do problema (Alta, média ou baixa), sua urgência (distribuindo pontos conforme sua urgência, total dos pontos distribuídos até o máximo de 30), a própria capacidade da equipe para enfrentá-lo (definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo mesmo), a viabilidade e os recursos.

Após a identificação dos problemas, considerando os critérios estabelecidos, a elevada incidência de HAS foi o problema escolhido conforme apresentado no quadro 3, a seguir.

Quadro 3: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Vida Nova, Unidade Básica de Saúde Vida Nova, município de Novo Oriente de Minas, Estado de Minas Gerais

Principias problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada incidência Hipertensão Arterial (HA).	Alta	7	Parcial	1
Eleva incidência de Diabetes Mellitus (DM).	Alta	6	Parcial	1
Alto índice de tabagismo, alcoolismo	Alta	5	Parcial	2
Alto índice da obesidade e sedentarismo	Alta	4	Parcial	2
Deficiente controle pre-concepção	Alta	3	Parcial	3

Uso indiscriminado de psicofarmacos	Alta	3	Parcial	3
Baixo nível de escolaridade.	Alta	2	Fora	4

Fonte: Aatoria própria (2020)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

A escolha deste tema justifica-se porque a HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações isquêmicas mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Associa-se de forma independente com eventos como morte súbita, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica, de forma fatal ou não fatal, por tanto, representa um problema grave de saúde pública para o Brasil e para o mundo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

A avaliação epidemiológica sobre o comportamento da Hipertensão Arterial é fundamental que seja realizada em âmbito nacional e mundial, para que permita um melhor direcionamento na abordagem diagnóstica, terapêutica e minimize as complicações causadas por ela. Quando realizada de forma local (em uma área de abrangência de uma eSF, por exemplo), fornece dados como presença de fatores de risco, taxa de controle e adesão medicamentosa e níveis de saúde alcançados pela comunidade, otimizando assim o serviço prestado pela equipe de saúde. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

No Brasil, HAS possui uma prevalência de 32,5% (36 milhões) na população adulta, sendo mais de 60% idosos e contribui direta e indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Em território nacional, no ano de 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de DCV, que é hoje a principal causa de morte no país e tem a HAS como um fator de risco direto. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

A HAS é uma patologia que se apresenta de forma assintomática em maior parte do seu curso, portanto o seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado pelos profissionais de saúde e também pelos pacientes que muitas vezes apresentam baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (BRASIL, 2006).

Na área da abrangência da eSF Vida Nova, a HAS constitui o principal problema de saúde, não só pela quantidade de hipertensos, mas também pela falta de adesão às terapias medicamentosas e ao estilo de vida saudável, aumentando o número de pacientes sem controle e expostos a consequências isquêmicas como acidentes isquêmicos vasculares e infarto agudo do miocárdio.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para controlar os níveis pressóricos e diminuir a incidência de doença cardiovascular em paciente com Hipertensão Arterial na área de abrangência da Equipe Saúde da Família Vida Nova, no município de Novo Oriente de Minas em Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Realizar busca ativa dos usuários com HAS que não fazem uso do medicamento;

Identificar as famílias com risco para HAS;

Estimular os pacientes hipertensos a realizarem modificações no seu estilo de vida adotando hábitos saudáveis.

Orientar a adesão do paciente ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e assim minimizar a morbidade e a mortalidade do paciente hipertenso por complicações cardiovasculares;

Vincular os pacientes a grupos de hipertensão arterial, qualificando o grupo conforme recomendado pela ESF e equipe do NASF.

3 METODOLOGIA

Para proposição do plano de ação para o problema escolhido serão utilizadas informações obtidas por meio do planejamento estratégico situacional pelo método da estimativa rápida, que se constitui em uma forma de se alcançar informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potências para o enfrentamento (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

O primeiro passo consistiu no levantamento de dados a respeito do município, considerando as questões socioeconômicas, culturais, ambientais e de sanitárias.

Foi elaborado um plano de ação, como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão e também da ação da equipe frente aos mesmos. Foram identificados os recursos críticos a serem utilizados para execução das operações que constituem uma atividade imprescindível para análise da viabilidade do plano. Foi realizada a identificação dos atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, apresentando em cada caso ações estratégicas para motivação dos atores identificados (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Por fim, para a realização do plano operativo, através do somatório dos esforços de todas as pessoas envolvidas no planejamento, definiu-se, por consenso, a divisão de responsabilidades por operação de cada membro da equipe de saúde e o estabelecimento de prazos necessários para a realização de cada ação.

Para revisão bibliográfica foi consultada Biblioteca Virtual em Saúde, artigos indexados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Eletronic Library On-Line), MEDLINE, PubMed e documentos do Nescon.

A redação do texto se deu a partir das normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e para definição das palavras chave, utilizaram-se os Descritores Em Ciências da Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Doenças crônicas não transmissíveis

Tem sido observada alteração no perfil da mortalidade da população, com aumento no número de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012). Dentre essas, as doenças cardiovasculares (DCV) afetam o sistema circulatório, causando distúrbios no coração e nos vasos sanguíneos e se enquadram como a principal causa de morbidade e mortalidade entre a população brasileira, na frente inclusive das neoplasias (CARLUCCHI *et al.*, 2013).

Os fatores de risco estão entre as implicações para o desenvolvimento dessas patologias. Estes podem ser modificáveis e não modificáveis. Os modificáveis envolvem aspectos comportamentais e ambientais, como colesterol sérico elevado, HAS, tabagismo, inatividade física, DM, obesidade, estresse, obesidade e uso de anticoncepcional. Os fatores de risco não modificáveis têm etiologia biológica ou genética, abrangendo a hereditariedade, sexo e idade avançada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ ou 90 mm Hg de diastólica em pelo menos duas aferições subseqüentes obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranquilo, de forma sustentada. É uma doença assintomática em maior parte do seu curso e frequentemente se associa a condições metabólicas, alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvos (aqueles atingidos diretamente pelo aumento da pressão arterial), sendo agravada quando associada a morbidades que também são fatores de risco (obesidade, dislipidemia e diabetes mellitus) (NOBRE *et al.*, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

5.3 Fatores de risco

Os fatores genéticos como idade, sexo, história familiar; o estilo de vida como o hábito tabágico e etílico, sobrepeso ou obesidade, sedentarismo, estresse e dieta rica em NACL; o ambiente físico e psicossocial (como o nível de escolaridade, e mais uma vez os níveis de estresse); a organização dos serviços de saúde e as relações entre esses vários elementos são determinantes para o desenvolvimento, diagnóstico e controle da HAS (MALTA *et al.*, 2017).

A relação entre prevalência de HAS e aumento da idade é amplamente divulgada e isto pode ser explicado por alterações biológicas próprias do envelhecimento, como o enrijecimento da artéria aorta e maior resistência vascular periférica, pelo aumento da expectativa de vida da população brasileira, atualmente 74,9 anos e aumento na população de idosos ≥ 60 anos na última década (2000 a 2010), de 6,7% para 10,8% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

Outro fator amplamente conhecido é a maior prevalência de HAS na raça negra, que é exposto na literatura como uma causa de característica genética e social (menor acesso a serviços de saúde e menor escolaridade) (LESSA, 2001). Um estudo intitulado “Projeto corações do Brasil”, realizado em 2005 por Nascimento Neto *et al.*, (2005), encontrou os seguintes dados sobre a prevalência de HAS segundo etnias: 11,1% na população indígena; 10% na amarela; 26,3% na parda/mulata; 29,4% na branca e 34,8% na negra.

A cessação do tabagismo é posta como medida prioritária na prevenção secundária das doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas, assim como a interrupção do etilismo. Em meta-análise realizada em 2012 e exposta pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (2016), foi visto que em relação ao uso de bebida alcóolica e HAS na população feminina houve efeito protetor com dose inferior a 10g de álcool/dia e risco de HA com consumo de 30-40g de álcool/dia. Já para os homens, houve risco aumentado de HAS de forma consistente a partir de 31g de álcool/dia.

Em relação ao controle do peso, há um gradiente positivo entre o excesso de peso/obesidade e a prevalência de HAS, desta forma, perder peso constitui o método mais efetivo para redução da pressão arterial em indivíduos obesos e também contribui para diminuição da terapia medicamentosa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Em relação à alimentação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulga que consumir de cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças diminui a prevalência de doenças crônicas e é fator de prevenção e tratamento do excesso de peso e diabetes, que são fatores de risco para hipertensão arterial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

A associação entre diabetes, hipercolesterolemia e HAS é consolidada por mecanismos fisiopatológicos, e a prevenção e o tratamento dessas comorbidades (HAS, diabetes e colesterol) são essenciais no controle de desfechos isquêmicos mais graves e na prevenção da mortalidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Em estudo realizado por Malta *et al.*, (2017), foram analisados os fatores de risco para a HAS entre os moradores das capitais brasileiras e percebeu-se que a prevalência da doença é de 24,1% na população geral, em aumento proporcional a idade (60,4% entre os adultos com 65 anos ou mais de idade), é mais elevada em indivíduos de baixa escolaridade (38%), ex fumantes (37,4%), obesos (43,9%), usuários de bebida alcoólica (25%), diabéticos (67,1%) e sedentários (29,9%), sendo menor naqueles que praticam atividade física ao ar livre (18%). Ao final do trabalho, conclui-se que as variáveis associadas à HAS de forma significativa foram: aumento da idade e envelhecimento, baixa escolaridade, raça/cor preta, obesidade, diabetes ou colesterol elevado autorreferidos, ser ex tabagista e relatar consumo de sal em excesso.

5.4 Epidemiologia

No Brasil, a HAS atinge 32,5% (36 milhões) dos indivíduos adultos, com uma prevalência em torno de 60% entre idosos, e contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

Dados norte-americanos de 2015 revelaram uma prevalência de 69% de HAS em pacientes com primeiro episódio de IAM, 77% de AVE, 75% com IC e 60% com DAP. Ela foi responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE. Desta forma, fica evidente que a HAS incide isoladamente sobre tais desfechos como um dos mais importantes fatores de risco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

Segundo a VII Diretriz de Hipertensão Arterial, 15.103 servidores públicos de seis capitais brasileiras serviram de amostra em estudo e observou a prevalência de HAS em 35,8%, com predomínio entre homens (40,1% versus 32,2%) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016). Em contrapartida, na meta-análise realizada por Picon *et al.*, (2013), foram analisados 40 estudos transversais e de coorte e conclui-se que há uma tendência à diminuição da prevalência desta patologia em território nacional nas últimas três décadas, de 36,1% para 31,0%.

Vale ressaltar que quando associada ao tabagismo, ao DM e a dislipidemia, este conjunto de condições patológicas constitui decisivo fator de risco para as doenças cardiovasculares as quais são responsáveis aproximadamente por 30% das mortes da população brasileira (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011).

Por fim, as últimas análises mostram que todas “as taxas de mortalidade têm apresentado redução ao longo dos anos em nosso país, com exceção das doenças hipertensivas (DH), que aumentou entre 2002 e 2009 e mostrou tendência a redução desde 2010”, sendo que ainda hoje é uma causa significativa de internações com alto custo socioeconômico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016, p.1).

5.5 Complicações

Os riscos cardiovasculares atribuídos à HAS são conhecidos e se iniciam a partir das faixas pressóricas pré-hipertensivas, numa relação contínua. A HAS é um dos principais fatores de risco para complicações cardiovasculares, pois atua diretamente na parede das artérias, podendo produzir lesões locais que resultam principalmente em doenças isquêmicas cardíacas, cerebrovasculares, vascular periférica, vascular renal, déficits cognitivos e demência vascular, tronando a HAS uma das razões de maior diminuição da expectativa e da qualidade de vida das pessoas (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2010).

5.6 Tratamento

O tratamento da HAS é dividido em duas partes, medicamentosa e não medicamentosa, as quais devem ser igualmente valorizadas e estimuladas e devem ter sua prescrição realizada de acordo com a evolução da doença e da classificação

de risco de cada paciente, sendo que a meta global é diminuir a morbidade e mortalidade cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

O tratamento não medicamentoso é multifacetário e deve focar numa mudança geral do estilo de vida, englobando a prática de atividade física, medidas nutricionais, cessar o tabagismo e o etilismo, controlar o estresse através de medidas diversas e manter o peso corporal numa margem adequada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

Segundo a VII Diretriz de Hipertensão Arterial (2016), o ganho ponderal está relacionado ao aumento da pressão tanto em adultos quanto em crianças (está relação já prevista a partir dos 8 anos de idade) e a alimentação não deve ser baseada em dietas restritivas e pouco acessíveis. A *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH), preconiza o consumo de frutas, hortaliças e laticínios com baixo teor de gordura; redução da ingestão de carne vermelha, doces e bebidas com açúcar, e é tida como uma ótima aliada para o controle da HAS.

Ainda segundo a mesma diretriz, a sobrevivência de todos os indivíduos não ativos é menor, portanto, a prática de atividade física regular deve ser estimulada, sendo benéfica para a prevenção e tratamento da HAS (não há necessidade de busca médica prévia ao início das atividades, porém, caso haja algum desconforto durante a realização, este deve ser procurado) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

Não há evidência que a interrupção do tabagismo diminua a PA, mas é sabido que este hábito é fator de risco para doenças cardiovasculares e de má adesão ao tratamento entre hipertensos. O controle do estresse contribui significativamente para a diminuição da PA e deve ser estimulado por uma equipe multidisciplinar, utilizando de técnicas diversas para alcançá-lo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

Portanto, a adesão correta a estas medidas implica num maior controle das medidas pressóricas e diminuição de gastos com medicação, o que é benéfico para o paciente e para a gestão pública, por tanto deve ser fortemente incentivada e divulgada pelos profissionais de saúde, inclusive como uma forma de prevenção da HAS e de outras doenças crônicas.

Em relação à terapia medicamentosa, esta é indicada quando o paciente não consegue controlar seus níveis pressóricos apenas aderindo ao estilo de vida saudável ou para controle inicial de uma pressão brutalmente descontrolada. A

medicação de escolha deve contemplar alguns pré-requisitos, sendo o mais importante da morbimortalidade cardiovascular. O esquema terapêutico é diversificando, contempla apenas a monoterapia ou combinações de classes diferentes de acordo com o estágio da HAS, risco cardiovascular, meta pressórica a ser atingida, condição socioeconômica, doenças associadas, dentre outros. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

Os medicamentos são divididos em classes de acordo com seus mecanismos de ação e da sua prioridade de indicação (primeira, segunda e terceira classe). Os diuréticos tiazídicos, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora de angiotensina e bloqueadores dos receptores de angiotensina são hoje considerados primeira escolha para a monoterapia, sendo que para as terapias combinadas há diversas possibilidades (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

5.7 Modelo baseado na Atenção Básica e educação permanente para o controle da HAS

A atenção básica (AB) é considerada o contato preferencial, ou a 'porta de entrada' do usuário com o sistema, portanto, é responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos. Deve ser direcionada pelos princípios do primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário e possui três funções principais sendo elas a resolutividade, comunicação e responsabilização (este último visa uma divisão de responsabilidades com o paciente em relação ao cuidado da sua condição) (DANTAS; RONTALLI, 2019).

A HAS apresenta três características importantes: alta prevalência, transcendência e vulnerabilidade, que diz respeito a sua facilidade de ser tratada e controlada pela atenção básica (cerca de 50 a 80% é passível de ser resolvida na AB). Mesmo com tais peculiaridades, esta apresenta baixa taxa de controle na AB no Brasil (18% a 19,6%) (DANTAS; RONTALLI, 2019).

No cenário mundial, a média de controle na atenção básica é de 8% na Europa, 53,5% nos Estados Unidos (esse número duplicou de 1988 a 2008) e o Canadá se destaca em primeiro lugar com uma taxa que quintuplicou entre 1992-2009 (de 13,2% para 64,6%), refletindo importantes avanços na sua detecção e

tratamento após a implementação nacional do *The Canadian Hypertension Education Program*, um programa de educação permanente dirigido aos profissionais da AB (DANTAS; RONTALLI, 2019; BRASIL 2014b).

Segundo dados do DATASUS, a falta de controle da HAS pela AB repercute com alto custo médico-social, principalmente por suas complicações, e foi responsável “no período de 2008 a 2015 por 302.051 mil internações em adultos, na faixa etária de 20 a 59 anos”, “com uma média de 37.756/ano e uma taxa de 3,5/1000 internações” (DANTAS; RONTALLI, 2019, p.296).

Destaca-se que operacionalizar e colocar a AB como eixo organizador do sistema de saúde é um desafio para todos, gestores e profissionais, devida a disputa de interesse e níveis de compreensão das formas de gerir o sistema e colocar o usuário como centro do processo de atenção à saúde, mas se faz extremamente necessário visto que doenças como a hipertensão são de fácil controle neste nível de saúde e isto repercute de forma positiva financeiramente (DANTAS; RONTALLI, 2019).

Este cenário nos chama a atenção para a necessidade de implementar medidas voltadas para o aprimoramento dos profissionais da atenção básica, visando projetos como aquele desenvolvido no Canadá para educação permanente destes. A equipe deve gerir seu trabalho de forma multidisciplinar, por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, utilizando tecnologias de alta complexidade e baixa densidade (DANTAS; RONTALLI, 2019; BRASIL, 2013).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Os objetivos desse passo são descrever as operações para enfrentar os nos críticos, identificar os produtos e resultados para cada operação definida, e identificar os recursos necessários.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Os quadros 4 e 5 apresentam a distribuição de total de população da eSF Vida Nova por faixa etária e sexo e a Distribuição de Hipertensos por faixa etária e sexo na ESF Vida Nova.

No caso dos problemas identificados, após reunir a equipe de saúde para estabelecer as diretrizes do trabalho, decidiu-se, em conjunto, que a população a ser pesquisada seria aquela maior de 15 anos devido ao problema principal relacionar-se com a HAS.

Para a realização do trabalho foi necessário, além da equipe, a participação dos líderes comunitários que conhecem bem a população e que poderiam ajudar-nos na realização das visitas e pesquisa.

Quadro 4 - Distribuição de total de população da eSF Vida Nova por faixa etária e sexo.

No de Individuo	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60 e +	Total
Masculino	6	21	19	27	257	212	357	621	249	1769
Feminino	11	17	23	33	321	401	468	502	183	1959
Total	17	38	42	60	578	613	825	1123	432	3728

Fonte: Autoria própria (2020)

Quadro 5 - Distribuição de Hipertensos por faixa etária e sexo na ESF Vida Nova.

No de Individuo	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60 e +	Total
Masculino	0	0	0	0	0	2	7	117	87	213
Feminino	0	0	0	0	1	4	9	164	123	301
Total	0	0	0	0	1	6	16	281	210	514

Fonte: Autoria própria (2020)

Como apresentado no quadro 5, na comunidade, a HAS afeta a 514 pessoas com uma prevalência de 27 % na faixa etária de mais de 25 anos com predominância no sexo feminino.

Uma vez feita a pesquisa, a HAS foi identificada como o problema mais importante devido ao elevado número de pacientes hipertensos e com presença de outros fatores do risco cardiovascular sem adequado controle.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Os ambientes políticos, culturais, ambientais e socioeconômicos são determinantes na formação dos hábitos e estilos de vida da população, influenciando nos costumes. No Brasil, os hábitos, sobretudo alimentares, e também os estilos de vida, dependem da região, nível social, costumes, pressão social, nível educacional e de informação, e isto interfere no padrão de adoecimento da população. Este contexto determina a elaboração de políticas públicas de saúde direcionadas à população local específica, contando com apoio farmacológico, referência e contrarreferência das complicações e capacitação dos profissionais de saúde sobre o tema, para favorecer um adequado diagnóstico, acompanhamento e controle da HAS (BRASIL, 2014b).

Na população assistida pela eSF Vida Nova, detectou-se pouco conhecimento sobre a HAS e de seu tratamento não farmacológico. Percebeu-se também alta prevalência de hábitos alimentares inadequados, tabagismo, sedentarismo e obesidade, que constituem graves fatores de risco cardiovascular. Notou-se que há pouco conhecimento sobre estes fatores de risco, sobretudo em pacientes idosos,

além de pouca atenção dada pela equipe para a ferramenta mais importante que é a educação em saúde.

Importante ressaltar que a principal causa de óbito no município são as doenças do aparelho circulatório, tanto em homes como em mulheres, na maioria das vezes associada a HAS e este padrão se repete na comunidade de abrangência da ESF Vida Nova.

Por fim, acredita-se que há uma subnotificação do número de casos hipertensos, situação que está sendo detectada nas consultas realizadas na comunidade onde, pacientes que vem por uma situação de demanda espontânea, quando são examinados tem índices elevados de pressão arterial e referem que não são hipertensos.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Depois da análise com a equipe podemos dizer que a priorização dos nós críticos deste problema se dá as seguintes condições:

- ✓ Hábitos e estilos de vida inadequados.
- ✓ Pouco conhecimento dos fatores do risco associados à HAS.
- ✓ Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar o problema.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Os quadros 6 a 8 apresentam os nós críticos do problema, junto às operações de cada um, o projeto, resultados e produtos esperados, recursos críticos e necessários, ações estratégicas, prazo, responsáveis, monitoramento e avaliação de cada ação.

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico Hábitos e estilos de vida inadequados” relacionado ao problema “Elevada incidência de Hipertensão Arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida Nova, do município de Novo Oriente de Minas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Hábitos e estilo de vida inadequados
Operação (operações)	Modificar hábitos e estilo de vida
Projeto	Melhorando a qualidade de vida
Resultados esperados	Diminuir o número de pacientes obesos, tabagistas e etilistas crônicos
Produtos esperados	Programa de caminhadas, campanhas na rádio local, grupos operativos
Recursos necessários	Estrutural: profissionais responsáveis por acompanhar os grupos operativos, estrutura física da rádio e local de encontro para início das caminhadas. Cognitivo: informações sobre mudança no estilo de vida (a importância da adesão e como iniciar). Político: mobilização social. Financeiro: recursos para custear as propagandas na rádio e panfletos para divulgar as atividades organizadas.
Recursos críticos	Estrutural: disponibilidade dos profissionais Cognitivo: criar uma metodologia que seja dinâmica e de fácil adesão pelos pacientes Político: adesão da população Financeiro: patrocínio da gestão local
Controle dos recursos críticos	Médica, enfermeiro, agentes comunitários de saúde e secretária de saúde -> todos favoráveis
Ações estratégicas	Apresentação do projeto na secretaria de saúde e realização de um evento inicial principal para divulgar a ação para a população
Prazo	6 meses
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Médica e Enfermeiro da eSF
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reunião semanal com os envolvidos no projeto para organizar o desenvolvimento das ações e avaliações mensais para análise da adesão e dos resultados já obtidos até então.

Fonte: Autoria própria (2020)

Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico Nível de conhecimento baixo sobre Hipertensão” relacionado ao problema “Elevada incidência de Hipertensão Arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida Nova, do município de Novo Oriente de Minas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Nível de conhecimento baixo sobre Hipertensão.
Operação (operações)	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da Hipertensão Arterial.
Projeto	Desvendando a hipertensão.
Resultados esperados	Aumentar o nível de conhecimento da população a respeito do tema; Aumentar a adesão dos pacientes às mudanças de estilo de vida e adesão medicamentosa a partir do melhor entendimento da doença e suas consequências; Aumentar a disseminação deste conhecimento entre as futuras gerações.
Produtos esperados	Reuniões quinzenais com a população para discutir sobre o tema (buscando formas dinâmicas, lúdicas e acessíveis a condição de entendimento dos usuários); Realização semanal de grupos operacionais (com menor quantidade de pacientes para tirar dúvidas de forma mais individual e direcionada).
Recursos necessários	Estrutural: estrutura física do ESF vida nova e da casa paroquial da Igreja católica Matriz da cidade. Cognitivo: informações sobre o tema. Financeiro: recursos para realização de folder, panfletos, apresentações em power point e para manter as estruturas físicas em horários de funcionamento não usuais. Político: mobilização social, adesão da equipe.
Recursos críticos	Estrutural: disponibilidade da casa paroquial (pois agrega maior quantidade de pessoas). Cognitivo: tempo para os profissionais envolvidos pesquisarem e desenvolverem as atividades a serem apresentadas. Político: adesão populacional. Financeiro: recurso para viabilizar a divulgação dos encontros.
Controle dos recursos críticos	Médico, enfermeiro, secretária de saúde -> todos favoráveis.
Ações estratégicas	Apresentar tal projeto de promoção de saúde na secretaria para receber incentivo político e financeiro.
Prazo	6 meses.
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Médico, enfermeiro, equipe multiprofissional do NASF.

Processo de monitoramento e avaliação das ações	Aplicação de questionário ao fim de cada encontro e reunião a fim de avaliar o nível de absorção de conteúdo dos envolvidos.
--	--

Fonte: Autoria própria (2020)

Quadro 8 – Operações sobre o “nó crítico Processo de trabalho da Equipe inadequado para enfrentar o problema” relacionado ao problema “Elevada incidência de Hipertensão Arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida Nova, do município de Novo Oriente de Minas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Processo de trabalho da Equipe inadequado para enfrentar o problema.
Operação (operações)	Agenda com programação de consultas reservadas aos hipertensos; Organizar a estrutura do serviço para melhorar atendimento a hipertensos (acolhimento direcionado, aferição de pressão no momento correto, orientações claras e objetivas durante a consulta); Busca ativa de hipertensos.
Projeto	“Hipertensos: nosso foco”.
Resultados esperados	Agenda bem organizada (priorizando qualidade e não quantidade). Satisfação do usuário por atendimento programado. Diminuir número de demanda espontânea a partir da maior organização do sistema e controle dos descompensados. Diminuir erros de aferição de pressão arterial.
Produtos esperados	Maior número de hipertensos avaliados. Controle da busca ativa por parte das agentes de saúde. Programação mensal de atividades de educação permanente para a equipe.
Recursos necessários	Estrutural: estrutura física do ESF vida nova; interação e participação de todos os funcionários da equipe; Cognitivo: Financeiro: recursos para possibilitar a educação permanente da equipe. Político: adesão e apoio da secretaria de saúde e dos profissionais do ESF.
Recursos críticos	Estrutural: interação e participação de todos os funcionários da equipe. Cognitivo: Político: adesão da equipe de saúde do ESF vida nova. Financeiro: recursos para possibilitar a educação permanente da equipe.
Controle dos recursos críticos	Médico, enfermeiro, secretária de saúde -> todos favoráveis.
Ações estratégicas	Reunião inicial para explicar o projeto e aumentar a motivação da equipe em participar.

Prazo	6 meses.
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Médica e enfermeiro.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliação periódica do número de pacientes hipertensos atendidos e visitados em seu domicílio; Auto-avaliação por parte dos funcionários em relação ao seu comprometimento com o projeto; Avaliação anônima de um profissional para com o outro sobre seu comprometimento e adesão do projeto.

Fonte: Autoria própria (2020)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das análises realizadas neste estudo é plausível evidenciar que o planejamento interdisciplinar e a corresponsabilização da saúde entre os profissionais da área e o próprio paciente são fundamentais para alcançarmos uma boa prevenção e promoção em saúde.

Espera-se, a partir desta percepção e da intervenção aqui proposta, alcançar e mobilizar o maior número de usuários possíveis, na intenção de conscientizá-los da importância de aderir a estilos de vida mais saudáveis (como praticar atividade física e alimentação balanceada para controle do peso corporal), de verificar periodicamente a situação global da sua saúde, a aderir ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso a ele estipulado de forma direcionada e individual. Espera-se também que estas modificações transcendam além da questão médica da HAS e da eSF Vida Nova, e seja estendida a outras comorbidades e outras unidades de saúde, para que possamos alcançar uma qualidade de vida sustentável e digna a todos e menor custos em saúde pública.

REFERENCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE. **Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais** (2014a). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home>. Acesso em: 20 de jan. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE. **IBGE Cidades – Novo Oriente de Minas**. 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/novo-oriente-de-minas/panorama>>. Acesso em 21 dez 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE. **IBGE Cidades – Novo Oriente de Minas**. 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/novo-oriente-de-minas/panorama>>. Acesso em 21 dez 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde – Data SUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica** (SIAB). 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>> Acesso em: 20 de jan. 2020.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica** para o sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Série E: Legislação da Saúde. 2012. 110 p.

CARLUCCHI, S.E.M.; GOUVÊA, J.A.G.; OLIVEIRA, A.P.; SILVA, J.D.; CASSIANO, A.C.M.; BENNEMANN, R.M. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. **Comun Ciênc Saúde**. v. 24, n.4, p. 375-84, 2013.

CARVALHO FILHA, F.S.S.; NOGUEIRA, L.T.; VIANA L.M.M. Hiperdia: Adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. **Revista Rene**, Fortaleza, v.12, (n.esp.), p:930-62, 2011.

COSTA, A. Prefeitura Municipal. **Plano Diretor de Novo Oriente de Minas**. 2012. Material impresso, disponível na Prefeitura local.

DANTAS, R.C. O; RONCALLI, A.G. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v 24, n.1, p 295-306, 2019.

DESCRITORES em Ciências da Saúde: DeCS. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2019. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>. Acesso em: 20 de jan. 2020.

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: 25 de dez. de 2019.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev bras hipertensão**, v. 8, n. 4, p. 383-92, 2001.

MALTA, D.C.; Bernal, R.T.I.; Andrade, S.S.C.A.; Silva, M.M.A.; Velasquez-Melendez, G. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v51, p11s, 2017.

NASCIMENTO NETO, R.M.; KRIEGER, J.E.; MACHADO-COELHO, G.L.; PEREIRA, A.C. Projeto Corações do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 85, n. 3, p. 218-221, 2005.

NOBRE, F.; COELHO, E.B.; LOPES, P.C.; TUFIK J. M. G.. Hipertensão Arterial Sistêmica Primária. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 3, nº 46, p. 256 – 272. 2013.

PICON, R.V; FUCHS, F.D.; MOREIRA, L.B.; FUCHS, S.C. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. **American journal of hypertension**, v. 26, n. 4, p. 541-548, 2013.

SIMONETTI, J.P; BATISTA, L; CARVALHO, L.R. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Revista Latino Americana**, v.10, n.3, p.415-22, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes** 2017 – 2018. São Paulo – CLANNAD Editora Científica, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Revista: **HIPERTENSÃO. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão**, v. 19, n. 4, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol**. v. 101, n. 6, p. 2, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **OMS alerta para baixa adesão ao Tratamento**. 2010. Disponível em:<<http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp>>. Acesso em: 03 de jan. 2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Library Cataloguing-in-Publication Data. 2011. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458_eng.pdf?sequence=1. Acesso em 22 jan 2020.