

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LEIDY ORTEGA SANCHEZ**

**ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL  
DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA IV- MUNICÍPIO DE AÇUCENA-MG**

**IPATINGA-MINAS GERAIS**

**2017**

**LEIDY ORTEGA SANCHEZ**

**ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL  
DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA IV- MUNICÍPIO DE AÇUCENA-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia em Saúde da Família, Universidade Federal de Alfenas, para obtenção do Certificado de Especialista.

Prof : Rebeca dos Santos Duarte Rosa

**IPATINGA-MINAS GERAIS**

**2017**

**LEIDY ORTEGA SANCHEZ**

**ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL  
DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA -IV- MUNICÍPIO DE AÇUCENA-MG**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof. Rebeca dos Santos Duarte Rosa

Examinador 2 : Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

## DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos aqueles que se comprometem com a atenção primária em Saúde.

Dedico também, a minha família por manter vivos meus sonhos bem como pela força para tentar realizá-los, principalmente a meus filhos porque eles são a razão de minha existência.

## **AGRADECIMENTOS**

A minha enfermeira Natalia Drumond de Almeida, obrigada pela paciência e estímulo para a conclusão do trabalho.

A minha equipe de saúde pela compreensão e apoio em todos os momentos de que precisei. Esta experiência foi muito importante para o meu crescimento pessoal e profissional.

## RESUMO

Açucena localiza-se no Vale do Rio Doce, possui 10.276 habitantes e todo território é coberto pela estratégia da saúde da família. A ESF IV (Unidades Básica Maria Luiza do Nascimento) adscrive 823 famílias, sendo destes 1354 adultos, deles 385 (28,4 %) são hipertensos. Por meio do diagnóstico situacional identificou-se que um dos principais problemas era o elevado número de hipertensos sem classificação de risco na área adscrita, bem como, nós críticos, a citar: sedentarismo; tabagismo e maus hábitos alimentares (consumo de sal, gorduras). Assim, objetivou-se elaborar um plano de intervenção para estratificação do risco cardiovascular na hipertensão arterial. O plano de ação proposto será aplicado junto ao paciente, para obter resultados quanto ao controle da doença individual, sua conscientização da importância de se ter hábitos alimentares saudáveis e a prática constante de atividades físicas. Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de planejamento estratégico situacional e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema. Para garantir o bom desenvolvimento do plano serão realizadas reuniões de avaliação deste, a partir de 03 meses de seu funcionamento. Espera-se, com isso, diminuir o número de complicações por hipertensão e aumentar o número de pessoas participantes no grupo de educação em saúde.

**Palavras-chave:** Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Doença Crônica. Hipertensão.

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÔNIMOS

ACS Agente Comunitário de Saúde

APS Atenção Primária a Saúde

DCNT Doença Crônica Não-Transmissível

EAD Educação a Distância

ESF Estratégia Saúde da Família

HIPERDIA Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

MS Ministério da Saúde

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

:

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 OBJETIVO.....	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 REFERENCIAL TEÓRICO .....	17
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERENCIAS .....	28



## 1 INTRODUÇÃO

Açucena está localizada no Vale do Rio Doce, na região leste de Minas Gerais, faz parte da microrregião de saúde de Ipatinga, da região de Coronel Fabriciano, sendo sua extensão territorial de 811,59 Km<sup>2</sup> (IBGE, 2010; PM, 2013). Estes afirmam também que 90% do município é zona rural e pertencente ao colar metropolitano do Vale do Aço (PM, 2013). O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Açucena (2013, p.09) e IBGE (2010) igualmente informam que a economia local gira em torno da agropecuária e agricultura familiar com Índice de Desenvolvimento Humano 0,659, PIB em torno de R\$ 40.891,00 e PIB per capita R\$ 3.629,00.

Atualmente o município possui 10.276 habitantes, maioria homens (5.228) e predominância da religião católica. De acordo com o Plano Municipal de Saúde–PMS (2013) o município é constituído de cinco distritos: Açucena, Aramirim, Felicina, Gama e Naque Nanuque. A estrutura da Rede de Atenção à Saúde local, Açucena possui nove unidades de atendimento a saúde sendo 05 Equipes de Estratégia Saúde da Família, uma Policlínica, um Laboratório, uma Academia em Saúde e uma Secretaria Municipal de Saúde, oferecendo, portanto apenas serviço de atenção básica de acordo com o Plano Municipal de Saúde(PMS). (PM, 2013, p.16).

A atenção especializada, de urgência e emergência, hospitalar e apoio diagnóstico são prestadas através de convênios e consórcios com outros municípios. A assistência farmacêutica é realizada pela farmácia de Minas e compra pelo município. (PM, 2013)

A Quarta Equipe Saúde da Família-Açucena, Unidade Básica Maria Luiza do Nascimento, localiza-se a Rua Pedro Gonçalves de Magalhães, nº84, Bairro Centro, Cidade Açucena, cujo território se faz em maior parte zona urbana e menor parte em zona rural, assim sendo, a área de abrangência corresponde à sede, Comunidades de Ruinha e Januária com seus respectivos Córregos Pinguela, Salitre e Vaqueta. A equipe presta atendimento de atenção básica, zelando pelas famílias adscritas com a poio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esse território adscrive 823 famílias, o que totalizam uma média de 2.437 pessoas, que recebem visita domiciliar mensal dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A população, em geral, tem renda baixa e condições de moradia que variam de casas de pau a pique às de alvenaria (PM, 2013, p.13). Entre as 2437 habitantes, 1139 são homens e 1298 são

mulheres. Predomina a população na idade adulta. De acordo com análise do cadastro familiar da Unidade de Estratégia Saúde da Família IV, verificou-se que a maioria da população cadastrada pela unidade caracteriza-se por feminina a partir da idade adulta e masculina na infância e adolescência. Estes, portanto, são na maioria alfabetizados. As ruas urbanas são na maioria pavimentada, o abastecimento de água se dá por encanamento e é tratada pela empresa COPASA, enquanto na zona rural as estradas são de chão batido e a água é proveniente de nascentes e poços artesianos, em sua maioria os domicílios têm filtros de barro e elétricos (SMS, 2016).

Na área urbana há coleta seletiva de lixo três vezes pela semana e 100% dos domicílios adscritos têm energia elétrica fornecida pela CEMIG. (PM, 2013)

Observou-se nos atendimentos realizados pela equipe e no diagnóstico situacional realizado em 2015, que a maior parte das causas de complicações das doenças crônicas, internações e demanda espontânea estão ligadas a situações que tem relações com risco cardiovascular e poderiam ser amenizadas através da abordagem em educação em saúde. Chama a atenção a quantidade de pacientes portadores de hipertensão arterial, sendo um total de (385) 28,4% de uma população adulta de 1354 habitante. (SMS, 2016)

Tem-se observado nesta área de abrangência uma dificuldade na adesão da população às práticas de educação em saúde promovidas pela equipe, gerando a necessidade de questionamento sobre os motivos da não adesão. Isto se faz importante pelo fato do trabalho desenvolvido pela ESF-IV possuir como uma de suas características principais a promoção da educação em saúde, que objetiva desenvolver nas pessoas um sentido de responsabilidade para com a saúde como indivíduo, membro de uma família e de uma comunidade.

A equipe de saúde IV conseguiu identificar uma serie de problemas em nesta área de abrangência priorizando os que se seguem:

1. Alto índice de pacientes portadores de hipertensão arterial descompensada sem estratificação do risco cardiovascular.
2. Abastecimento inadequado de água da rede publica.
3. Pouca oferta de rede coletora de esgoto.
4. Polifarmácia.

Encontrando-se como nós críticos os maus hábitos e estilos de vida (consumo de sal, gorduras); problemas na informação sanitária da população; tabagismo; uso de álcool e o sedentarismo.

Enquanto profissional médico clínico geral do Programa Mais Médicos, no Brasil, participante do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CEESF), membro da IV ESF de Açucena, participo mensalmente do processo de implementação de ações de melhoria da qualidade de vida da população do município.

## 2 JUSTIFICATIVA

A Equipe Saúde da Família-Açucena (ESF-IV) da Unidade Básica Maria Luiza do Nascimento, realizou diagnóstico e levantamento dos principais problemas, sendo identificada uma maior ocorrência de pacientes com hipertensão arterial descompensada sem estratificação de risco dentro das doenças crônicas não transmissíveis de maior incidência podendo ser esta o início para o desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares como cardiopatias isquêmicas e as doenças cérebro-vasculares, entre outras. Isto pode ser evidenciado quando se identifica no sistema de informação que as maiores causas de internação e óbito do município são por doenças do aparelho circulatório, bem como por complicações destas, como demonstrado-na tabela 1 abaixo.

TABELA 1: Morbidade Hospitalar do SUS período de jan. a dez. de 2016. Açucena

► MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS - POR LOCAL DE RESIDÊNCIA - MINAS GERAIS

Óbitos por Capítulo CID-10 segundo Lista Morb CID-10  
Município: 310050 Açucena  
Período: 2016

Lista Morb CID-10	Cap 01	Cap 02	Cap 03	Cap 04	Cap 06	Cap 09	Cap 10	Cap 11	Cap 14	Cap 16	Cap 19	Total
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>42</b>
<b>09 Doenças do aparelho circulatório</b>	-	-	-	-	-	<b>13</b>	-	-	-	-	-	<b>13</b>
.. Septicemia	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
<b>01 Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>	<b>8</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>8</b>
<b>02 Neoplasias (tumores)</b>	-	<b>7</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>7</b>
.. Acid vascular cerebr não espec hemorrág ou isq	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	5
<b>10 Doenças do aparelho respiratório</b>	-	-	-	-	-	-	<b>4</b>	-	-	-	-	<b>4</b>
.. Insuficiência cardíaca	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	4
<b>19 Lesões enven e alg out conseq causas externas</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	<b>3</b>
.. Neoplasia maligna do esôfago	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
.. Pneumonia	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2
.. Neoplasia maligna do estômago	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
<b>14 Doenças do aparelho geniturinário</b>	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	<b>2</b>
.. Fratura de outros ossos dos membros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
.. Diabetes mellitus	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
.. Outras doenças do aparelho respiratório	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
.. Bronquite enfisema e outr doenc pulm obstr crôn	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
.. Flebite tromboflebite embolia e trombose venosa	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
.. Traumatismo intracraniano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
.. Neoplasia maligna do lábio cavid oral e faringe	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
.. Leucemia	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
.. Colelitíase e colecistite	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
.. Insuficiência renal	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
.. Outras doenças do aparelho urinário	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
.. Neopl malig junção reto-ano canal anal	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
.. Outras anemias	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<b>04 Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</b>	-	-	-	<b>1</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>1</b>
<b>11 Doenças do aparelho digestivo</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>1</b>	-	-	-	<b>1</b>
<b>16 Algumas afec originadas no período perinatal</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>1</b>	-	<b>1</b>
.. Outros transt respiratórios orig per perinatal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
<b>03 Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár</b>	-	-	<b>1</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>1</b>
.. Arteroesclerose	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
.. Doenças inflamatórias do sistema nervoso centr	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
<b>06 Doenças do sistema nervoso</b>	-	-	-	-	<b>1</b>	-	-	-	-	-	-	<b>1</b>
.. Outras doenças isquêmicas do coração	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
.. Hemorragia intracraniana	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
.... Meningite bacteriana não classif outra parte	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1

Fonte: DATASUS (2017)

De acordo com Milanês (2016) esta condição de saúde é passível de intervenções, sendo possível a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento evitando novos casos e reduzindo complicações nos casos presentes.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um plano de intervenção para estratificação do risco cardiovascular na hipertensão arterial, visando o aumento do nível de conhecimento sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doença crônica presente na área de abrangência da Quarta Equipe Saúde da Família, Unidade Básica Maria Luiza do Nascimento de Açucena /Minas Gerais.

## 4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de planejamento estratégico situacional, que possibilita situar os problemas em um contexto amplo, mantendo a riqueza da análise de viabilidades e de possibilidades de intervenção na realidade, este tema compôs o Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família. Foi realizado também uma revisão da literatura sobre o tema Hipertensão Arterial Sistêmica. Para a revisão de literatura foram utilizados artigos publicados nas principais bases de dados como SciELO e BVS, utilizando como critérios de inclusão artigos publicados a partir de 2014 a 2016 nos idiomas português e espanhol usando como descritores: Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Doença Crônica e Hipertensão.

Depois de realizado o diagnóstico situacional do território de abrangência através da coleta de dados, cadastro familiar e classificação de risco da família, assim como os dados dos sistemas de informação e outros registros da própria unidade e da secretaria municipal de saúde, foram identificados uma série de problemas.

O plano de intervenção foi elaborado a partir da seleção e análise dos problemas identificados.

Com o problema explicado e identificado as causas consideradas mais importantes, passou-se pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho da operacionalização.

Foram identificados os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações que constitui uma atividade fundamental para análise da viabilidade do plano.

Identificados os atores, Equipe de Saúde, Secretaria de Saúde e governo municipal, que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

Finalmente para a elaboração do plano de ação, foi realizada uma reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento onde foi definido, por consenso, a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.



## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

A Atenção Básica no Brasil, vem evoluído ao longo dos anos, sendo que a partir de 1994, pensou-se em equipes que pudessem estar mais próximas às famílias e sua realidade diária, dessa forma iniciou-se o Programa de Saúde da Família, que hoje expandiu-se e se tornou o atual Estratégia de Saúde da Família. Estas equipes de saúde da família são capazes de dar resposta imediata, às necessidades de saúde, fatores de risco e de proteção presente no território. As ações de promoção à saúde contribuem para proporcionar autonomia ao indivíduo e a família, com informações que os tornem capazes de escolher comportamentos positivos para sua saúde (BRASIL, 2006).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica de múltiplos fatores, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial  $PA \geq 140/90$  mmHg que frequentemente está associado a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e a alterações metabólicas. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, considerando-se um dos principais fatores de risco cardiovasculares (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. (BRANDÃO et al, 2010; SBC, 2010)

Pesquisas indicam que a mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA. As doenças cardiovasculares são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. (BRANDÃO et al, 2010)

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão (WILLETT, DIETZ, COLDITZ, 1999; STEVENS et al, 2001). Estes devem ser abordados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. (BRANDÃO et al, 2010). Mendes (2011) defende que cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros na prevenção das complicações da hipertensão arterial.

A implementação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. As principais recomendações devem estar dirigidas para prevenção primária da HAS que são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combater ao sedentarismo e ao tabagismo, entre outras. (BRANDÃO et al, 2010)

Já os pacientes diagnosticados com HAS, necessitam de abordagem individualizada e estratificação de risco (níveis pressóricos e fatores de risco socioculturais). Essa estratificação é uma maneira de calcular o risco cardiovascular global e projetar o risco de um indivíduo ao longo do tempo, com vistas à redução da mortalidade por DCV, mais do que simplesmente adequação dos níveis pressóricos. É também uma forma compreensível de explicar ao paciente como a adesão ao tratamento pode reduzir o risco cardiovascular (BRASIL, 2006).

Para estimar o risco de um evento cardiovascular do paciente utiliza-se o Escore de Framingham (EF), pois sua utilização tem potencial para melhorar o controle do portador de HAS no Brasil, por considerar fatores que tem impacto na vida das pessoas deste país, e reduzir a ocorrência de desfechos graves para os mesmos. Também é utilizada para estratificar o risco cardiovascular que permite identificar entre os hipertensos assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF), a prevalência dos fatores de risco utilizados no EF e do uso de drogas que reduzem o risco cardiovascular. (LOTUFO, 2008)

Assim, é pertinente o acompanhamento dos dados através de um sistema que possa garantir as informações coletadas. Segue imagem do programa utilizada na equipe atualmente, nas consultas de classificação de risco do HAS agendadas mensalmente pela equipe. Vale ressaltar que de acordo coma classificação do paciente, suas consultas são agendadas durante o ano.

## ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

UAPS:

EQUIPE:

PRONTUÁRIO:

DATA:

NOME:

### FATORES DE RISCO CARDIOTASCULAR

**INVÁLIDO**

Sexo:

1

Idade:

Tabagismo:

Diabetes:

1- Masculino  
2- Feminino

com anos  
completar e acima  
de 20 anos

1- Sim  
2- Não

1- Sim  
2- Não

Colateral:

Pressão arterial Sistólica:

Total:

Tratada:

HDL:

Não tratada:

Obs: Preenchimento 1 resultado de PA

### ESTIMATIVA DE RISCO CARDIOTASCULAR

**INVÁLIDO**

### CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO

1- Suficiente | 2- Insuficiente

### LESÃO DE ORGÃO ALTO

1- Ausente | 2- Identificada

### CONDIÇÃO CLÍNICA ASSOCIADA

1- Ausência | 2- Presença

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE HIPERTENSOS**  
para organização da Rede de Atenção à Saúde

**INVÁLIDO**

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

A proposta de intervenção que apresento foi embasada no diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade de saúde com vistas à educação da população sobre fatores de risco, controle e prevenção da hipertensão arterial.

### **6.1 A identificação do problema**

A definição do problema permite o desenvolvimento de ações para sua solução. Assim é necessário descrever as operações, os resultados esperados, os nós críticos que são dificultadores para o desenvolvimento das ações e os recursos necessários para concretizá-los.

Os principais problemas apontados pelo diagnóstico situacional realizado pela equipe são: Alto índice de pacientes portadores de hipertensão arterial descompensada sem estratificação do risco cardiovascular, tabagismo, maus hábitos alimentares e sedentarismo.

#### **6.1.1 Primeiro passo: definição dos problemas**

Os problemas identificados na ESF IV são comuns às várias comunidades brasileiras e, assim, podem ter maior ou menor intensidade dependendo da sua localização e a cultura da sociedade local.

A equipe após análise da situação levantada considerou que o nível local apresenta recursos humanos e materiais para realização do Projeto de Intervenção, considerando o projeto viável.

#### **6.1.2 Segundo passo: priorização dos problemas**

A elaboração de um plano de ação requer a classificação dos problemas segundo sua prioridade e o quanto a equipe pode interferir para solucioná-los. Assim, eles foram classificados segundo: importância (alta, média e baixa); urgência e capacidade de enfrentamento (dentro, parcial ou fora).

O Quadro foi elaborado a partir do diagnóstico situacional.

**Quadro 5. Classificação de prioridades para os problemas identificados.**

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTANCIA	URGENCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Alto índice de pacientes portadores de hipertensão arterial descompensada sem estratificação do risco cardiovascular	Alta	5	Total	1
Abastecimento inadequado de água da rede pública.	Média	3	Parcial	2
Pouca oferta de rede coletora de esgoto.	Média	4	Parcial	3
Polifarmácia.	Médio	3	Parcial	4

**6.1.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado**

O problema que escolhemos para ser abordado como prioridade é Alto índice de pacientes portadores de hipertensão arterial descompensada sem estratificação do risco cardiovascular adscritos na unidade. Pois verifica-se que a equipe tem total possibilidade de mudança do quadro e que, como descrito por

diversos autores já citados, a classificação de risco permite planejar atividades de prevenção a complicações da hipertensão e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida da população.

#### **6.1.4 Quarto passo: explicação do problema.**

Os usuários com HAS são uma demonstração palpável de que os fatores sociais, culturais, econômicos, ambientais e políticos estão diretamente relacionados no surgimento de muitas doenças. Existem fatores que tem uma relação direta com o adoecimento do hipertenso como a dieta inadequada, sedentarismo, obesidade e tabagismo.

Com a modificação de fatores de risco, procuramos uma melhora na qualidade de vida da população adscrita. É importante o conhecimento da doença e suas complicações por parte do pacientes, sue familiares e toda comunidade. Isto melhorará a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

As complicações produzidas por a doença são frequentemente incapacitantes: retinopatias que podem conduzir a perda total da visão; insuficiência renal; cardiopatia isquêmica; AVC e as sequelas permanentes.

#### **6.1.5 Quinto passo: seleção de nós críticos**

Os “nós críticos” considerados do problema priorizado pela equipe fora: sedentarismo, tabagismo e maus hábitos alimentares.

-

#### **6.1.6. Sexto passo: desenho das operações**

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico” Classificação de Risco dos Hipertensos, na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, em Açucena, Minas Gerais

<b>Nó crítico 1</b>	<b>Classificação de Risco</b>
Operação	Classificar os pacientes cadastrados com HAS
Projeto	Que grupo estou!
Resultado esperados	100 % pacientes classificados.
Produtos esperados	Controle de demanda de consultas por complicações da HAS; Controle de crises HAS;
Atores sociais/ responsabilidades	Líderes comunitários, religiosos, população. Equipe de saúde. Secretaria de Saúde.
Recursos necessários	Estrutural: impressos, aparelho PA, consultório; Cognitivo: educação permanente para equipe. Financeiro: - cópias de impressos de classificação. Mídia: panfletos de chamamento para consulta.
Recursos críticos	Cognitivo: promover educação permanente para toda equipe
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: equipe de saúde
Ação estratégica de motivação	Motivação: melhora da qualidade do atendimento e de vida da população.
Responsáveis:	Equipe de saúde.
Cronograma / Prazo	Início Junho 2016 Termino Dezembro 2016
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliação a cada 3 meses.

“Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico Sedentarismo” relacionado ao problema, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, em Açucena, Minas Gerais.

<b>Nó crítico 2</b>	<b>Sedentarismo</b>
Operação	Promover atividades físicas.
Projeto	Vive melhor.
Resultado esperados	70% dos pacientes praticando atividades físicas regularmente.
Produtos esperados	Caminhadas, Bailoterapias.
Atores sociais/ responsabilidades	Líderes comunitários, religiosos, população. Equipe de saúde. Secretaria de Saúde e Secretaria de Esporte.
Recursos necessários	Estrutural: melhorar estrutura esportiva. Cognitivo: para aquisição de audiovisuais, folhetos educativos. Financeiro: - melhorar estrutura esportiva, para aquisição de audiovisuais, folhetos educativos. Político: para promover eventos de estímulo às práticas corporal
Recursos críticos	De poder- para promover eventos de estímulo às práticas corporal. Econômico- aquisição de recursos para melhorar estrutura esportiva.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: equipe de saúde
Ação estratégica de motivação	Motivação: Orientação em relação à prática regular de atividade física, benefícios de ela.
Responsáveis:	Equipe de saúde, secretaria de saúde e secretaria de esporte.
Cronograma / Prazo	Inicio Junho 2016 Termino Dezembro 2016
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliação a cada 3 meses.



“Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico Tabagismo” relacionado ao problema, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, em Açucena, Minas Gerais.

<b>Nó crítico 3</b>	<b>Tabagismo</b>
Operação	Promover educação para prevenção de uso de tabaco.
Projeto	Saber mais.
Resultados esperados	Reduzir em 25% o número de fumantes.
Produtos esperados	Campana educativa. Programa saudável. Formação de grupo operativo de tabagistas.
Atores sociais/ responsabilidades	Líderes comunitários, religiosos, população Equipe de saúde.
Recursos necessários	Econômicos- para financiar campanhas, estabelecer programas de educação e comunicação. Organizacional- escolas, centros de trabalho, comunidade. Cognitivos-conhecimentos sobre promoção de hábitos tóxicos, reduzirem o impacto. De poder- intersectorialidade.
Recursos críticos	De poder- para promover eventos de estímulo às praticas corporal. Econômico- aquisição de recursos para melhorar estrutura esportiva.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: equipe de saúde
Ação estratégica de motivação	Motivação: Orientação sobre o risco do tabagismo
Responsáveis:	Equipe de saúde, secretaria de saúde e Sec. de Educação
Cronograma / Prazo	Início. Junho 2016 Termino dezembro 2016
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliação a cada 3 meses.

Quadro 4– Operações sobre o “nó crítico”. “Maus hábitos alimentares” relacionados ao problema, na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, em Açucena, Minas Gerais.

<b>Nó crítico 4</b>	<b>Maus hábitos alimentares.</b>
Operação	Modificar hábitos alimentares.
Projeto	Mais saúde.
Resultados esperados	Prática de alimentação saudável.
Produtos esperados	Material educativo. Oficinas de alimentação saudável com a comunidade.
Atores sociais/ responsabilidades	Líderes comunitários, religiosos, população. Equipe de saúde.
Recursos necessários	Econômicos- para folhetos educativos, material instrucional. Organizacional- para fazer avaliação nutricional, conferências. Cognitivos - para aquisição de audiovisuais, folhetos educativos De poder- para realização de campanhas de saúde.
Recursos críticos	De poder- para realização de campanhas de saúde. Econômico- para folhetos educativos, material instrucional.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla. Equipe de saúde
Ação estratégica de motivação	Motivação: orientação nutricional sobre alimentação saudável
Responsáveis:	Equipe de Saúde
Cronograma / Prazo	Início Junho 2016 Termino Dezembro 2016
Gestão, acompanhamento e avaliação	A cada 03 meses.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Espera-se diminuir número de complicações por HAS e aumentar o número também de pessoas participantes no grupo de educação em saúde. O plano de ação proposto será aplicado aos pacientes cadastrados com a intenção de obter resultados positivos a partir dos conhecimentos adquiridos sobre sua doença, garantindo qualidade de vida à população adscrita.

Para garantir o bom desenvolvimento de o plano serão realizadas reuniões mensais com toda equipe para avaliar as operações propostas após 3 meses do início do projeto.

Atualmente o projeto encontra-se em andamento, mas já se observa melhor aproximação da equipe com os pacientes, afetando diretamente na adesão aos tratamentos indicados.

## REFERENCIAS

BRANDÃO A.A. et al. Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária in : Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Capítulo 1. **J Bras Nefrol.** v. 32; Supl1. S1-S4, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32s1/v32s1a03.pdf>>. Acesso em: 11 jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** . Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

DATASUS. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Mortalidades. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/datasus>>. Acesso em: 14 de março de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). **Dados gerais Açucena, 2010.** Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=310050&search=%7C%7Cinfogr%E1ficos:-dados-gerais-do-munic%EDpio>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

LOTUFO, Paulo Andrade. O escore de risco de Framingham para doenças Cardiovasculares. **Rev Med** (São Paulo). 2008 out.-dez.; v.87, n.4, p. 232-7. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/59084/62070>>. Acesso em: 11 de janeiro de 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2011.

MILANÊS R.A.V. **Prevenção e controle da Hipertensão no território da Unidade Básica de Cidade Nova, Pedra Grande em Diamantina-Minas Gerais.** UFMG- Minas Gerais, Brasil, 2016. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/preven%C3%A7o-e-controle-de-hipertensao-no-territorio.pdf>>. Acesso em: 14 de mar. 2017

PREFEITURA MUNICIPAL (PM). **Plano Municipal de Saúde 2014 a 2017.** Açucena, 2013, 39p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE AÇUCENA. (SMS) **Dados gerais do Município de Açucena-2013.** Acesso em: Maio, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC) / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2010; v. 95, n.1 supl.1):p 7.

STEVENS,V.J. et al. Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the trials of hypertension prevention, phase II. **Ann Intern Med** 2001; v.134, p 1–11

WILLETT, W.C., DIETZ, W.H., COLDITZ, G.A. Primary Care: Guidelines for Healthy Weight. **N Engl J Med** 1999; v.341, p 427–434.