

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

RAPHAELA TEIXEIRA PEREIRA AMARANTO

**ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR
AUMENTADO POR HIPERTENSÃO NA POPULAÇÃO ADSCRITA À
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA I, EM BETIM, MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2019

RAPHAELA TEIXEIRA PEREIRA AMARANTO

**ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR
AUMENTADO POR HIPERTENSÃO NA POPULAÇÃO ADSCRITA À
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA I, EM BETIM, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Professor Ms. Hugo André da Rocha

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2019

RAPHAELA TEIXEIRA PEREIRA AMARANTO

**ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR
AUMENTADO POR HIPERTENSÃO NA POPULAÇÃO ADSCRITA À
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA I, EM BETIM, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Professor Ms. Hugo André da Rocha - UFMG

ProfessoraDra. Maria Marta Amâncio Amorim

Aprovado em Belo Horizonte, em 4 de junho de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família e aos meus colegas de trabalho.

AGRADECIMENTOS

Deus esteve ao meu lado e me deu forças, ânimo e crença para não desistir e continuar lutando por este meu sonho e objetivo de vida. A ele eu devo minha gratidão.

Agradeço também a esta instituição e seu corpo docente pelos ensinamentos que contribuíram com o meu crescimento profissional. Agradeço também ao meu orientador Hugo André da Rocha pela dedicação e paciência, agradeço a minha família que me apoia incondicionalmente em todos os meus projetos.

RESUMO

O risco cardiovascular aumentado por hipertensão é considerado de alta importância, urgente com pontuação sete, com uma capacidade de enfrentamento parcial. Foi considerado de primeira priorização, o alto índice de Diabetes *Mellitus*, também considerado de alta importância, urgente com pontuação cinco, com uma capacidade de enfrentamento parcial, pelo que foi considerado de primeira priorização. A hipertensão arterial sistêmica é a doença em maior prevalência na área adscrita Unidade Básica de Saúde onde atuo, sendo de grande importância apresentar os conceitos que envolvem essa doença crônica não transmissível. Dessa forma, se faz necessário a implementação de ações educativas e assistenciais em saúde que viabilizem a conscientização da população para a adesão ao tratamento para o efetivo controle da hipertensão e a prevenção de agravos cardiovasculares. O objetivo deste trabalho compreende propor um projeto de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em usuários acompanhados na Unidade Básica de Saúde do Parque do Cedro, Icaivera – Betim. A metodologia adotada segue os passos do Planejamento Estratégico Situacional. Para compor o referencial teórico foi realizada pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, da *Scientific Electronic Library Online* do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde para levantar as evidências já existentes sobre hipertensão arterial, tratamento e seus agravos. A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio dos seguintes descritores: Hipertensão Arterial sistêmica, Estratégia Saúde da Família, Educação em Saúde, Estilo de Vida Saudável. Portanto a proposta de intervenção busca alcançar os objetivos para a resolutiva dos problemas elencados pela equipe da Unidade Básica de Saúde do Parque Cedro, em Icaivera, Município de Betim, estado de Minas Gerais.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Estratégia Saúde da Família. Educação em Saúde. Estilo de Vida Saudável.

ABSTRACT

The cardiovascular risk increased by hypertension is considered to be of high importance, urgently with score seven, with a partial coping ability. The high index of Diabetes Mellitus, also considered of high importance, was considered of first priority, with a score of five, with a partial coping capacity, and it was considered the first priority. Systemic arterial hypertension is the most prevalent disease in the area of the Basic Health Unit, where it is of great importance to present the concepts that involve this non-transmissible chronic disease. Thus, it is necessary to implement educational and health care actions that make the population aware of adherence to the treatment for the effective control of hypertension and the prevention of cardiovascular diseases. The objective of this work is to propose an intervention project to improve the adherence to anti-hypertensive treatment in users accompanied at the Basic Health Unit of the Cedro Park, Icaivera - Betim. The methodology adopted follows the steps of Situational Strategic Planning. To compose the theoretical reference, a bibliographic research was carried out in the databases of the Virtual Health Library, Scientific Electronic Library Online and the Latin American and Caribbean Center for Health Sciences Information to collect the existing evidence on hypertension, treatment and their grievances. The bibliographic research was carried out through the following descriptors: Systemic Arterial Hypertension, Family Health Strategy, Health Education, Healthy Lifestyle. Therefore, the intervention proposal seeks to achieve the objectives for the resolution of the problems listed by the team of the Basic Health Unit of the Cedar Park, in Icaivera, Betim Municipality, state of Minas Gerais.

Keywords: Systemic Arterial Hypertension. Family Health Strategy. Health Education. Healthy Lifestyle

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
FR	Fatores de Risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
UAP	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidades Básicas com Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde I, Unidade Básica de Saúde Parque do Cedro, município de Betim, estado de Minas Gerais 17
- Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico “Não adesão ao tratamento medicamentoso”, relacionado ao problema “risco cardiovascular aumentado por hipertensão” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde I, Unidade Básica de Saúde Parque do Cedro, município de Betim, estado de Minas Gerais 29
- Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “Hábitos e estilo de vida inadequados” relacionado ao problema “risco cardiovascular aumentado por hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde I, Unidade Básica de Saúde Parque do Cedro, município de Betim, estado de Minas Gerais 30
- Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “Falta de informação” relacionado ao problema “risco cardiovascular aumentado por hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde I, Unidade Básica de Saúde Parque do Cedro, município de Betim, estado de Minas Gerais 31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Aspectos gerais do município	10
1.2 Aspectos da comunidade	11
1.3 O sistema municipal de saúde	11
1.4 A Unidade Básica de Saúde Parque do Cedro	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família 1, da UBS Parque do Cedro	14
1.6 O funcionamento da UBS da Equipe 1 UBS Parque do Cedro	14
1.7 O dia a dia da equipe ESF 1 Parque do Cedro	15
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	15
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção	16
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos específicos	19
4 METODOLOGIA	20
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	21
5.2 Complicações decorrentes da Hipertensão	22
5.3 Tratamento medicamentoso e não medicamentoso para o controle da hipertensão	23
5.4 Fatores que contribuem para a falta de adesão ao tratamento da hipertensão	24
5.5 Estratégia de Saúde da Família	26
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Descrição do problema selecionado	27
6.2 Explicação do problema	27
6.3 Seleção dos nós críticos	29
6.4 Desenho das operações	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O município de Betim está localizado em Minas Gerais, na Região Sudeste do Brasil. O município é pertencente à Região Metropolitana de Belo Horizonte e atualmente conta com uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2018 com um quantitativo de 432.575 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

Segundo informações do Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, o município em questão possui registros sobre o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM): 0,749, em 2010, situando-o na faixa de IDHM alto, entre 0,700 e 0,799. A dimensão que mais contribui para o IDHM do município corresponde à longevidade, que possui índice de 0,864, em seguida o indicador renda, com índice de 0,709, e o indicador relacionado a educação, com índice de 0,687 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2013).

A densidade demográfica de Betim para o ano 2010 foi de 1.102,80 habitantes/KM². Segundo o IBGE no ano de 2016 o salário médio mensal no município era de 3,4 salários mínimos. Ainda relacionado aos aspectos da população a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 26,2%. Comparando esses dados com os demais municípios do estado de Minas Gerais, Betim ocupava as posições 10 de 853 e 65 de 853, respectivamente. Na comparação com as demais cidades do país, Betim ficava na posição 81 de 5570 e 693 de 5570, respectivamente. Com base na avaliação dos indicadores nota-se que os rendimentos mensais de cada domicílio do município possuíam até meio salário mínimo por pessoa, totalizando 33,7% da população nessas condições, fazendo com que o município ocupe a posição 601 de 853 entre as cidades do estado, em nível nacional, no que se refere ao rendimento mensal por domicílio o município está na posição 3850 de 5570 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

Os dados referentes à expectativa de vida indicam que ocorreu um maior envelhecimento da população, vale ressaltar que houve uma redução dos jovens, faixa etária que será superada pela população idosa. Observa-se também redução

da população do sexo masculino a partir da faixa etária de 20 anos em comparação com o sexo feminino, isto se deve ao crescimento da mortalidade para esse grupo por causas externas (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2013).

O coeficiente de natalidade de Betim apresentou queda entre os anos de 2002 (18,6%) e 2009 (13%) e um pequeno aumento de 2010 a 2012, o que deve ser avaliado com critério, devido ao ajuste da população com o censo de 2010. A queda na natalidade entre os anos de 2000 a 2009 foi observada como tendência também na população de todo país (BETIM, 2013).

No que diz respeito aos aspectos históricos o município tem em sua descrição a sua colonização por luso-brasileiros, sendo uma área que fazia parte de uma importante rota de bandeirantes, que passavam na localidade vindos de São Paulo a Pitangui, estes viajantes eram atraídos pelas descobertas minerais, e também pelo acesso a uma rota de abastecimento que vinha da Bahia às Minas, passando pelo município (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

1.2 Aspectos da comunidade

O bairro denominado Icaivera possui uma comunidade amigável, a qual estabelece excelente vínculo com os profissionais da Equipe de Saúde da Família. O bairro possui equipamentos sociais como escolas, praças, associação de moradores, área de lazer como academia no bairro, também tem o comércio local que atende as necessidades da população com mercados, frigoríficos, posto de gasolina, lojas de conveniência, loja de confecções, sapatarias, padarias entre outros estabelecimentos comerciais.

1.3 O sistema municipal de saúde

O município de Betim é habilitado em Gestão Plena do Sistema de Saúde, tornando-se responsável por todas as atividades de gestão dos serviços e as ações de saúde ambulatoriais e hospitalares. A Secretaria Municipal de Saúde tem por finalidade formular e coordenar a política municipal de saúde e desenvolver planos e programas em sua área de competência. De acordo com o boletim elaborado pela

Secretaria Municipal de Saúde(BETIM, 2016) é de sua responsabilidade gerir e avaliar o Sistema Único de Saúde (SUS) em Betim, além de coordenar ações e serviços de vigilâncias epidemiológica, sanitária e de saúde do trabalhador.

No que se refere ao financiamento da saúde o município possui recursos próprios e também recebe recursos estaduais e federais. O Conselho Municipal de Saúde tem a função de fiscalizar esses recursos, os quais buscam implantar e monitorar indicadores de gestão para aplicação dos recursos destinados. Quanto aos números temos o valor gasto *percapita*: total liquidado de 01/01/2016 a 31/12/2016: R\$ 405.893.465,38. A população estimada é de 422.354 e o gasto *per capita* em saúde no ano de 2016 foi de R\$961,03 (SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE,2017).

A rede de serviços em atenção primária do município está estruturada em Redes de Atenção à Saúde(RAS), sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) organizada dentro das diretrizes da Estratégia Saúde da Família, com oito Unidades Básicas com Saúde da Família (UBSF) e 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Para a atenção especializada o município de Betim conta com os seguintes serviços: O Centro de Referência em Reabilitação Anderson Gomes de Freitas e o Centro de Referência em Especialidades Divino Ferreira Braga, que possuem especialistas de diversas áreas. Conta ainda com o Centro de Referência em Especialidades em Saúde do Trabalhador (CEREST), o Serviço de Prevenção e Assistência às Doenças Infecciosas (SEPADI) e o Centro de Tratamento de Lesões João Pipoca, para atender casos de lesões de maior complexidade.

Como atenção de urgência e emergência existem diferentes pontos de atenção, para a APS o município conta com 35 Estratégias Saúde da Família(ESF) e 34 Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAP).Como serviço de atendimento móvel de urgência e emergência o município conta com unidades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência(SAMU), sendo três Unidades de Suporte Básico e uma Unidade de Suporte Avançado.

Existem quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPA)24horas, e para atenção domiciliar o município conta com quatro Equipes Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) e possui uma Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP).

Na atenção Hospitalar Betim possui dois hospitais e uma maternidade pública:Hospital Público Regional Prefeito Osvaldo Rezende Franco, Hospital Orestes Diniz (Colônia Santa Isabel), Maternidade Pública Municipal Haydée

EspejoConroy. Para o item apoio diagnóstico o município conta com serviços próprios (Hospital Público Regional de Betim, maternidade e UPA/Unidade de Atendimento Imediato (UAI)), que são pactuados com outros serviços e municípios, exames complementares e de alta complexidade (Cismep e prestadores privados). Na assistência farmacêutica Betim conta com 26 farmácias nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAP), quatro nas UPA, uma no Centro de Referência Especializado Divino Braga, uma Unidade de Dispensação de Medicamentos do SEPADI, três no Centro Especializado Referência Saúde Mental (CERSAM), uma no Hospital Regional, uma na Maternidade Municipal, a Farmácia Viva e a Farmácia Popular.

Na Vigilância à Saúde o município atua na prevenção e no controle das doenças transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências; de populações expostas a riscos ambientais em saúde; da saúde do trabalhador; a vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde é responsável por gerir e avaliar o SUS, coordenar ações e serviços de vigilâncias epidemiológica, sanitária e de saúde do trabalhador. O Conselho Municipal de Saúde tem como tarefa atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive, aspectos econômicos e financeiros, tem caráter deliberativo, ou seja, ele tem poder de decidir sobre a saúde pública no município de Betim.

No que se refere à relação com outros municípios Betim conta com a Programação Pactuada Integrada (PPI), nas quais são estabelecidos quantos e quais serviços de saúde próprios e complementares serão instalados no município e quais serviços serão referenciados às cidades vizinhas, tendo-se como base o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e as redes assistenciais implantadas no Estado.

O modelo assistencial é adotado de acordo com a opção política. A rede assistencial estruturada de forma integrada e hierarquizada compõe-se de unidades de atenção básica, especializada, de urgência e emergência e hospitalares. A Atenção à Saúde é composta por ações de promoção da saúde, atenção básica, atenção especializada.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Parque do Cedro

A Unidade de Atenção à Saúde do Parque do Cedro, localiza-se na Rua Opequira, nº 274 – Bairro Icaivera, município de Betim, cuja área de abrangência são os Bairros Icaivera e Parque do Cedro. Foi inaugurada no dia 30 de Maio de 2006, para atender uma equipe de Saúde da Família. Atualmente atende duas equipes de Saúde da Família, sendo as equipes 1 e 2.

A estrutura física da unidade é bem aproveitada, possui recepção, sala de espera, copa, consultórios, sala de vacinas, banheiros para usuários e funcionários, é bem arejada, acomoda a população para o atendimento em cadeiras que são suficientes para a demanda diária, não trazendo transtornos no horário de pico durante a demanda espontânea, no ambiente possui bebedouro para os usuários e ventilador.

1.5 A Equipe de Saúde da Família I, da Unidade Básica de Saúde Parque do Cedro

A Equipe I da UBS Parque do Cedro é constituída por uma médica, cirurgião dentista, auxiliar em saúde bucal, um enfermeiro, dois técnicos em enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS), uma auxiliar em serviços gerais e uma gerente de saúde.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Parque do Cedro

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 horas às 18:00 horas. É necessário o apoio dos ACS, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo, sempre que o auxiliar de enfermagem ou enfermeira está presente na Unidade.

Nesta unidade de saúde temos serviços oferecidos como: visitas domiciliares, puericultura, preventivos, pré-natal, Serviço Social, Programa Bolsa Família, consultas com clínico médico, planejamento familiar, Lian Gong, Grupo de Hipertensos e Diabéticos, coleta de exames análise laboratorial, curativos, teste rápido para detecção do vírus da imunodeficiência humana (HIV), Sífilis, Hepatites virais, verificação da glicemia e aferição da pressão arterial.

Também desenvolvemos Projeto Terapêutico Singular(PTS), além de projetos de intervenção em saúde, palestras e ações em saúde pautadas na educação popular em saúde na Unidade ou em equipamentos sociais afim de orientar a população e promover a saúde.

1.7 O dia a dia da Equipe I da Unidade de Saúde Parque do Cedro

O acolhimento é realizado pelo enfermeiro diariamente, realizando a escuta, verificando os casos e sua classificação para o atendimento, os atendimentos dividem-se em demanda espontânea e demanda programada.

O atendimento da demanda espontânea ocorre no horário da manhã. Para a demanda programada temos o horário da tarde com os atendimentos aos programas: pré-natal, puericultura, rastreio com exames de prevenção de câncer de mama e colo do útero, grupo operativo como o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus(Hiperdia) dedicado ao grupo de hipertensos e diabéticos, visitas domiciliares, retornos. Outros grupos como de tabagismo e gestantes estão em andamento para implantação na unidade, no momento ocorre no CERSAM do município.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

A conversa entre nossa equipe de trabalho permitiu a determinação dos problemas de saúde mais prevalentes: hipertensão, diabetes e depressão. Outros problemas identificados pela equipe:

- Alto índice de consumidores de drogas ilícitas.
- Saneamento: esgoto ao céu aberto.
- Da área de abrangência da unidade de saúde: falta de renda familiar.
- Da comunidade em geral (o contexto): desemprego e analfabetismo.
- Do sistema local de saúde: fila para consultas especializadas, unidade pequena.
- Educação: alta taxa de analfabetismo devido gravidez na adolescência e uso de drogas, e alto índice de analfabetismo na população adulta.
- Do trabalho da equipe: deficiência de recursos humanos.

- Enchentes.
- Transporte público insuficiente e inadequado.
- Falta de recursos humanos para atendimento na saúde pública.
- Falta de oferta de emprego.
- Falta de manutenção em lotes vagos, o que acarreta em proliferação de insetos e animais que transmitem doenças contagiosas.
- Falta de áreas de lazer.
- Falta de enfermeiro de apoio.
- Falta de técnicos de enfermagem.
- Demanda espontânea alta.
- Exames laboratoriais insuficientes para a população.
- Fila para consultas especializadas.
- Falta de medicamentos na farmácia do posto.

1.9 Priorização dos problemas– a seleção do problema para plano de intervenção.

Para fazer a classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde I, fizemos a avaliação de cada um dos problemas tendo em conta sua importância, urgência, capacidade de enfrentamento, seleção de priorização.

O risco cardiovascular aumentado por hipertensão é considerado de alta importância, urgente com pontuação 16, com uma capacidade de enfrentamento parcial, pelo que foi considerado de primeira priorização, o alto índice de Diabetes *Mellitus* também considerado de alta importância, urgente com pontuação 5, com uma capacidade de enfrentamento parcial, pelo que foi considerado de primeira priorização, esgoto ao céu aberto considerado de alta importância, urgente com pontuação 1 e com uma capacidade de enfrentamento parcial, pelo que foi considerado de segunda priorização, desemprego considerado de alta importância, urgente com pontuação 4 e sem capacidade de enfrentamento, sendo considerado de terceira priorização, alto índice de sedentarismo considerado de alta importância, urgente com pontuação 4, com capacidade de enfrentamento, considerado de quarta priorização.

A seguir o Quadro 1 representando a seleção e priorização dos problemas evidenciados a partir da análise situacional do território, observando a urgência, importância e capacidade de enfrentamento, além da respectiva pontuação, já mencionada anteriormente.

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde I, Unidade Básica de Saúde Parque do Cedro, município de Betim, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Risco cardiovascular aumentado por hipertensão	Alta	12	Parcial	1
Alto índice de diabetes mellitus	Alta	5	Parcial	2
Esgoto ao céu aberto	Alta	5	Parcial	2
Desemprego	Alta	4	Baixa	3
Alto índice de sedentarismo	Alta	4	Parcial	4

Fonte: O autor (2019)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

O problema priorizado para a implementação deste projeto de intervenção corresponde ao “risco cardiovascular aumentado por hipertensão”. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença em maior prevalência na área adscrita a UBS onde atuo, sendo de grande importância apresentar os conceitos que envolvem essa doença crônica não transmissível.

Dessa forma, se faz necessário a implementação de ações educativas e assistenciais em saúde que viabilizem a conscientização da população para a adesão ao tratamento para o efetivo controle da HAS e a prevenção de agravos cardiovasculares.

A HAS é uma das doenças de alta prevalência na população e considerada como um dos principais problemas de saúde. É uma doença crônica, sendo a principal causa das doenças cardiovasculares (DCV) (BRASIL,2013).

Segundo Potter e Perry(2001) os agravos consequentes da HAS descontrolada são infarto do miocárdio (IAM), a insuficiência cardíaca e a renal, os acidentes vasculares cerebrais(AVC) e a visão prejudicada. Dessa forma compreende-se que é relevante desenvolver um plano de ação para a redução dos agravos decorrentes da HAS.

Portanto, diante dessa problemática reconhece-se ser de grande importância desenvolver um trabalho de intervenção em saúde voltado para o controle da HAS e redução da incidência das doenças cardiovasculares na comunidade da área adscrita a Unidade de Saúde Parque do Cedro, Betim–MG.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Propor um projeto de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo por usuários acompanhados na UBS do Parque do Cedro, Icaivera – Betim.

3.2 Objetivos específicos

Promover atividades educativas para conscientizar a população hipertensa para a necessidade de aderir ao tratamento para o controle da HAS e prevenção de agravos cardiovasculares.

Desenvolver ações de estímulo à mudança do estilo de vida por meio de realização de atividades físicas e reeducação alimentar.

4 METODOLOGIA

Para a realização do diagnóstico situacional foi utilizada a estimativa rápida, por meio da qual foram identificados os principais problemas existentes no território e selecionado aquele que a Equipe I da Unidade de Saúde do Parque Cedro teria capacidade de enfrentamento podendo atuar com os recursos existentes. O projeto de intervenção foi elaborado seguindo os passos do Planejamento Estratégico Situacional (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). O problema selecionado foi o “Risco cardiovascular aumentado por hipertensão”.

Foi realizada pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) para levantar as evidências já existentes sobre HAS, tratamento e seus agravos. A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio dos seguintes descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica, Estratégia Saúde da Família, Educação em Saúde, Estilo de Vida Saudável.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

De acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, a hipertensão é definida como:

[...] condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (MALACHIAS, 2016, p. 1).

Segundo os dados Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) coletados em 2017 a prevalência de hipertensão autorreferida era de 24,3% da população. A pesquisa indica que a prevalência é maior entre as mulheres (26,4%) em comparação aos homens (21,7%). Outro dado muito importante refere-se ao aumento da prevalência com o aumento da idade, sendo que 60,9% das pessoas com 65 anos e mais referiram ter hipertensão (BRASIL, 2018).

Malachias et al. (2016) indicam que a HAS está associada direta ou indiretamente a 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Além da mortalidade, a HAS está também associada ao aumento de gastos com tratamentos e internações hospitalares, acarretando custos crescentes a cada ano.

Segundo Schmidt et al. (2011) 72% das mortes no Brasil em 2007 foram motivadas por doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), sendo a HAS a doença em maior prevalência. É importante destacar que esta doença pode ser monitorada, o controle da HAS através do tratamento medicamentoso e não medicamentoso é a principal forma de prevenir os agravos.

Estudo de Malta et al. (2017) utilizando dados coletados pelo VIGITEL em 2013 verificou que a HAS autorreferida estava associada à baixa escolaridade, raça/cor da pele preta, ser ex-fumante, apresentar obesidade, diabetes e colesterol elevado.

De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS) as DCNTcompreendem cerca de 58,5% das causas para todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doença(BRASIL,2009).

A HAS é diagnosticada de acordo com as medições realizadas no consultório médico, em pelo menos duas situações. Segundo Oliveira et al. (2017), o quadro de HAS pode ser classificado, de acordo com as medidas aferidas, da seguinte forma.

- Normal: pressão arterial sistólica(PAS)≤ 120 e pressão arterial diastólica(PAD) ≤80.
- Pré-hipertensão: PAS121 - 139 e PAD 81 – 89.
- Hipertensão estágio 1: PAS 140 - 159 e PAD 90 – 99.
- Hipertensão estágio 2: PAS 160 - 179 e PAD 100 – 109.
- Hipertensão estágio 3: PAS ≥ 180 e PAD ≥ 110.

Entende-se que o indivíduo com a pressão alta possui um dos principais FR para a ocorrência de acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e insuficiência renal crônica (IRC). Estudos têm evidenciado que ações de prevenção tem mais sucesso quando desenvolvidas no âmbito da atenção básica (OLIVEIRA et al., 2017).

5.2 Complicaçõesdecorrentes da Hipertensão

A HAS é um problema de saúde cada vez mais comum, além de ser um importante FR para o surgimento de DCV, os agravos têm sua incidência aumentada devido o descontrole da HAS, além do aumento da longevidade e à prevalência de FRcomportamentais como obesidade, inatividade física e alimentação inadequada (WHO, 2011).

Sousa et al. (2019) destacam que a HAS é uma doença ainda subdiagnosticada e com baixo controle, ainda que o seu diagnóstico seja relativamente simples e que o tratamento esteja disponível.

Existem outros fatores, além dos comportamentais que também podem influenciar na ocorrência da HAS como a idade, o sexo, a etnia, fatores socioeconômicos, genéticos e de contexto (MALACHIAS et al., 2016).

A hipertensão arterial (HA) é apontada como fator de risco para complicações e doenças cardiovasculares na sociedade atual, tais como morte súbita, edema agudo de pulmão, insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE), explicando 54% das mortes por acidente vascular encefálico e 47% daquelas por doença isquêmica do coração(SANTOS; MOREIRA, 2012, p. 1126).

Mesmo existindo estratégias para o incentivo ao tratamento ainda existem pacientes hipertensos que apresentam níveis de pressão arterial (PA) descontrolados (MARTE; SANTOS,2007). No mundo todo, pesquisadores tem encontrado que os níveis de controle são baixos, mesmo nos países desenvolvidos (SOUSA et al., 2019).

Ignorar a PA elevada é um risco à saúde cardiovascular e renal, pois aumentam as chances de complicações com risco de vida e quanto maior a PA, maior o risco de consequências para o coração e vasos sanguíneos nos principais órgãos, tais como o cérebro e os rins, independente da faixa etária (SOUSA et al., 2019, p. 277).

O nível de conhecimento, de tratamento e de controle são fatores importantes no enfrentamento da HAS. A adesão correta ao tratamento é um importante fator para o controle da HAS. O controle inadequado pode acarretar vários eventos que podem piorar a condição de saúde do paciente, bem como a sua qualidade de vida (SOUZA et al., 2014).

5.3 Tratamento medicamentoso e não medicamentoso para o controle da Hipertensão

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) vem desenvolvendo diretrizes, metodologias, instrumentos de apoio às equipes de saúde da atenção básica para ampliar a atenção ao portador de doença crônica, especialmente o Diabetes Mellitus tipo 2 e a HAS que por sua vez é a doença com maior prevalência entre a população brasileira. Com estas medidas o Ministério da Saúde vem implementando ações em saúde que organize a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Esta Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem por objetivo qualificar o cuidado integral à saúde, unindo e ampliando as estratégias de promoção da saúde, de prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações, e de tratamento e recuperação, principalmente a hipertensão, que se trata da condição de maior prevalência entre os adultos e idosos.

Para se manter o controle da HAS e prevenir as possíveis complicações cardiovasculares se faz necessário que o hipertenso realize modificações em seu estilo de vida, sendo de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção de agravos. Apesar de ser uma condição crônica, a HAS pode ser estabilizada, desde que o hipertenso adote práticas de controle adequadas, conforme as prescrições orientadas pelos profissionais que o acompanhem, sendo o tratamento medicamentoso ou não (MALACHIAS et al., 2016; SOARES et al., 2012).

O tratamento não medicamentoso está relacionado ao comportamento do paciente relacionado a adesão de um estilo de vida saudável, onde verifica-se uma alimentação adequada, uso consciente do consumo de sal, dieta com frutas, hortaliças, fibras e minerais, controle do peso, prática de atividade física, controle do estresse psicossocial, controle do tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores que devem ser adequadamente abordados e controlados (BRASIL, 2006; MALACHIAS et al., 2016).

“O fato é que o tratamento adequado pode consistir tanto na adoção de estilo de vida saudável, quanto no uso de medicação ou a associação de ambos, com base em evidências científicas e consensos de especialistas” (SOARES et al., 2012, p. 145).

Segundo Pinotti, Mantovani e Giacomozzi (2008) para se realizar a adesão ao tratamento é necessário que o comportamento do paciente esteja de acordo com as orientações estabelecidas pelos profissionais de saúde, estando essas orientações intimamente ligadas à terapia medicamentosa e as mudanças no estilo de vida

5.4 Fatores que contribuem para a falta de adesão ao tratamento da hipertensão

Gomes e Martins et al. (2014, p. 267) consideram que a “adesão do paciente ao tratamento de uma doença significa seguir o tratamento exatamente da forma que foi proposto pelos profissionais de saúde”.

Mendes et al. (2014) descrevem que a falta de adesão ao tratamento medicamentoso para HAS ocorre devido à influência de fatores relacionados à própria instituição assistencial e profissional de saúde, ainda a fatores socioeconômicos e demográficos, bem como aspectos psicossociais, culturais, e finalmente a apoio social e familiar.

De acordo com pesquisa realizada por Tavares et al. (2016) apresentando em seu contexto os resultados onde as maiores prevalências de baixa adesão estiveram associadas a indivíduos: adultos jovens; com baixa escolaridade; residentes na região Nordeste e Centro-Oeste do País; com três ou mais doenças. Portanto a falta de conhecimento pode estar relacionada à baixa escolaridade e esta influencia significativamente no abandono do tratamento, uma vez que o paciente que desconhece a importância do controle para HAS certamente não compreende que os agravos são decorrentes do descontrole e que este ocorre devido à baixa adesão ao tratamento.

Pinotti, Mantovani e Giacomozzi (2008, p. 534) destacam que

é necessário buscar estratégias que permitam maior adesão ao tratamento, como a educação em saúde que deve abranger aspectos que permitam: conhecer as atitudes, percepções, conhecimentos e práticas do portador de hipertensão; incentivar a participação ativa dos hipertensos no tratamento; levar em consideração as dificuldades e necessidades da clientela; estabelecer adequada comunicação e interação entre os pacientes e profissionais de saúde; trabalhar os aspectos cognitivos e psicossociais dos usuários e buscar o envolvimento da família no tratamento do portador de Hipertensão Arterial.

Outro fator já mencionado, trata do desconhecimento sobre a doença e das complicações que envolvem o descontrole da HAS, a ausência de sintomatologia e o esquecimento também favorecem a falta de adesão ao tratamento para HAS, outro fator que pode vir a influenciar o usuário a não realizar o tratamento corretamente corresponde ao processo de conscientização que quando é ineficiente ou negligenciado pode levar ao uso incorreto do medicamento anti-hipertensivo trazendo resultados insatisfatórios durante o tratamento (SOARES et al., 2011).

Para além das características do indivíduo e da doença também é preciso ainda considerar que os fatores relacionados aos serviços de saúde e a forma como estes se organizam para o cuidado dos hipertensos pode influenciar na adesão do paciente ao tratamento. Portanto, a equipe de saúde da família deve ser capaz de programar o cuidado do usuário de modo a potencializar a sua adesão e consequentemente alcançar melhores resultados em saúde do usuário (GEWEHR et al., 2018; BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014).

As ações de educação em saúde, especialmente aquelas realizadas em grupo são ferramentas importantes para que a equipe de saúde possa melhorar a abordagem dos pacientes crônicos, visando aumentar a sua adesão ao tratamento,

tanto o medicamentoso quanto o não-medicamentoso, de modo a melhorar a condição de saúde do paciente e torná-lo mais empoderado de seu tratamento (BARRETO et al., 2015; GIROTTO et al., 2013).

5.5 Estratégia de Saúde da Família

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica a Saúde da Família é a estratégia prioritária de expansão e consolidação da atenção básica no país (BRASIL, 2017).

[...] visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2017).

As equipes devem ser compostas no mínimo por: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Profissionais de Saúde Bucal (cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal) podem ser incorporados às equipes (BRASIL, 2017).

Dentre as atribuições previstas para a equipe de saúde da família destaca-se a realização de ações de educação em saúde à população adstrita, considerando o planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades da população (BRASIL, 2017).

As ações de saúde implementadas pelas equipes da Saúde da Família têm possibilitado incrementar novas relações entre profissionais de saúde, famílias e comunidades, pautadas no estabelecimento de vínculo e na criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, o que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade, como a falta de adesão ao tratamento em DM (FARIA et al., 2014, p.258)

6 PLANODE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Risco cardiovascular aumentado pordescontrole da hipertensão”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado – PES (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado

O problema trata do descontrole da HAS entre a população da área adstrita à Unidade Básica de Saúde (UBS) do Parque do Cedro. Compreende-se que a estrutura da comunidade vem favorecendo para a ocorrência e perpetuação desse problema, pois não dispõe de um lugar adequado para a população, tanto que possui doenças crônicas instaladas como as pessoas com FR para desenvolver alguma comorbidade para a realização de atividades físicas, com profissionais capacitados, nem mesmo para atividades de lazer.

Observa-se que na localidade nem sempre os pacientes são acompanhados por seus familiares nas consultas. Isso já descreve que no domicilio não existe o cuidado no acompanhamento do tratamento, assim isso promove o descontrole da PA diante do tratamento medicamentoso e até mesmo na alimentação inadequada. Vale ressaltar que a maioria dos hipertensos são idosos, sendo assim necessitam de orientação e acompanhamento durante o tratamento para HAS, do contrário dificilmente conseguem manter o controle dessa doença, elevando o risco para agravos cardiovasculares.

6.2 Explicação do problema selecionado

Durante a disciplina de planejamento do curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde, enquanto especializanda do curso, apresentei para os demais membros da equipe a necessidade de desenvolver uma análise situacional a fim de identificar os problemas em nossa área de adstrição, bem como quais dos problemas elencados poderiam ser selecionados, devido a sua capacidade de enfrentamento para intervir.

Portanto, foram realizadas reuniões com a equipe de saúde da UBS e deste diagnóstico foram identificados os seguintes problemas: risco cardiovascular aumentado por HAS; alto índice de diabetes mellitus; esgoto ao céu aberto; desemprego.

Observa-se que alguns problemas não têm sua resolutividade a partir de ações de governança da equipe, portanto, não foram selecionados, levando em consideração a sua capacidade de enfrentamento pela equipe. Dentre os problemas apresentados temos o risco cardiovascular aumentado por HAS e o alto índice de diabetes mellitus. Assim a equipe verificando a necessidade de intervir nos problemas identificados selecionou o que têm maior impacto nos indicadores de morbimortalidade e elegeu como problema prioritário o risco cardiovascular aumentado por hipertensão.

Também foi prioridade da equipe o problema que contemplasse os itens do quadro 1, segundo urgência, grau de importância e capacidade de alcançar solução. Definiu-se que, neste momento, aquele que atende aos critérios prioritários para intervenção é “o risco cardiovascular aumentado por hipertensão”.

Foram observados durante as reuniões para desenvolver a proposta de intervenção, os fatores genéticos da população, maus hábitos nutricionais, fatores de risco para DCV, como obesidade, sedentarismo, estresse, bebida alcoólica e o uso de drogas ilícitas e tabaco, assim estes são fatores apresentados que influenciam negativamente os níveis de PA.

Entende-se alguns FR que também comprometem o controle da HAS são classificados como modificáveis, como a falta de aderência ao tratamento medicamentoso, estilo de vida inadequado, alimentação sem restrição e inadequada para portador de HAS e o sedentarismo.

Depois de identificar os fatores que podem sofrer intervenção para o alcance adequado do controle da PA, propõem-se medidas de prevenção das complicações. As complicações que podem advir da falta de controle dos níveis pressóricos compreendem o aumento de risco para DCV, IAM, AVE, DCNT, aterosclerose e retinopatia. Os usuários da UBS têm incidência em DCV, sendo os agravos com maior ocorrência entre os hipertensos.

6.3 Seleção dos nós críticos

O nó crítico teve sua seleção baseada, sobretudo nos fatores que influenciam para o risco cardiovascular aumentado por HAS: Falta de adesão ao tratamento para o controle da HAS; hábitos e estilo de vida inadequados e falta de informação.

6.4 Desenho das operações

Os quadros a seguir (2, 3 e 4) apresentam as ações programadas para serem executadas a fim de modificar a o problema prioritário identificado.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico” Não adesão ao tratamento medicamentoso, relacionado ao problema “o risco cardiovascular aumentado por hipertensão” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde I, Unidade Básica de Saúde Parque do Cedro, município de Betim, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Não adesão ao tratamento medicamentoso
Operações	Promover capacitação da equipe ESF para ampliar o conhecimento sobre as abordagens terapêuticas para o incentivo a adesão ao tratamento por parte do hipertenso Realizar oficinas e seminários para melhorar adesão ao tratamento adequado com base na educação popular em saúde. Realizar avaliação de forma didática para identificar a assimilação de conteúdo por parte da população envolvida
Projeto	Orientação a Medicação no domicílio
Resultados esperados	Uso adequado da medicação anti-hipertensiva a fim de auxiliar na compreensão do usuário quanto ao compromisso com o tratamento para o controle da PA além de promover a consciência sobre a importância da adesão do tratamento.
Produtos esperados	Reuniões mensais na UBS, com temas relevantes como adesão medicamentosa. Acompanhamento de rotina pela enfermagem para controle de peso, pressão arterial, glicemia e avaliação da adesão medicamentosa.
Recursos necessários	Político: Adesão do gestor para facilitar a execução do projeto. Cognitivo: Ampliar o conhecimento, por parte da equipe, sobre formas de avaliar a adesão medicamentosa. Financeiro: incentivo ao tratamento com disponibilização de medicamentos de uso regular em quantidade suficiente para a demanda mensal, fornecimento de tiras para mensuração da glicemia, contribuindo para o controle das comorbidades e prevenção de agravos.
Recursos críticos	Político: Profissionais de enfermagem treinados além de farmacêuticos para dispensar a medicação e instruir uso de forma adequada, enfatizando a importância da adesão do tratamento e realização da triagem. Financeiro: Farmácia com medicação básica completa.
Controle dos recursos críticos	Adesão da Prefeitura Municipal e da Secretaria de Saúde do município para facilitar a viabilização do Projeto. Capacitar a equipe quanto as prescrições salvo a atribuição de cada profissional
Ações estratégicas	Apresentar o projeto a Secretaria de Saúde, justificando a necessidade de execução do projeto, em função dos altos índices de pacientes com HAS sem controle adequado e do conseqüente aumento dos gastos públicos para atender as possíveis complicações advindas do quadro de HAS sem controle.
Prazo	Apresentar o projeto em 3 meses e iniciar as atividades em 6 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Profissionais da secretaria municipal de Saúde Equipe de saúde da UBS
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação mensal da adesão medicamentosa por parte dos pacientes. Reuniões quinzenais da equipe nas quais serão debatidos os fatores envolvidos no processo de trabalho e reflexões sobre os resultados efetivos sobre situação de adesão ao tratamento medicamentoso.

Fonte: o autor (2019)

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico” Hábitos e estilo de vida inadequados relacionado ao problema “o risco cardiovascular aumentado por hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde I, Unidade

Básica de Saúde Parque do Cedro, município de Betim, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Hábitos e estilo de vida inadequados
Operação (operações)	Intervenção para a promoção da saúde através da reeducação alimentar e adesão para atividades físicas
Projeto	Alimente-se bem e Pratique atividade física para uma vida melhor e saudável
Resultados esperados	Mudança comportamental da população
Produtos esperados	Adesão para atividade física diária; Optar para uma alimentação saudável
Recursos necessários	Cognitivo: Grupos operativos para conscientizar os pacientes a manter o controle de suas comorbidades a partir de adesão ao tratamento e levá-los a comparecer ao acompanhamento na unidade além da adesão para as atividades físicas Político: apoio local, divulgação nas redes sociais, rádio local, carro de som e durante as visitas do ACS. Financeiro: disponibilização de profissionais capacitados para fazer o atendimento das especialidades.
Recursos críticos	Estrutural: Local adequado que suporte a demanda, sala de reuniões/pátio/salão da igreja Cognitivo: equipe da Estratégia Saúde da Família Político: nutricionista e preparador físico Financeiro: disponibilização de profissionais capacitados para fazer o atendimento das especialidades. Nutrição e preparador físico
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde/Gestão Municipal
Ações estratégicas	Apresentar a proposta de intervenção a Secretaria Municipal de Saúde justificando a necessidade de execução do mesmo em função do risco de pacientes no território com HAS para complicações cardiovasculares associadas a uma vida sedentária. Promover atividades educativas nos espaços públicos: sala de espera, escolas, associações e igrejas.
Prazo	3 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica, enfermeira, ACS, Técnico em enfermagem
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Verificar e manter o controle mensal avaliando se o paciente segue o tratamento medicamentoso e se as comorbidades estão sendo controladas. Realizar as consultas para verificar a conscientização dos usuários para a importância do controle da HAS na prevenção dos agravos.

Fonte: o autor (2019)

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico” falta de informação “ relacionado ao

problema “o risco cardiovascular aumentado por hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde I, Unidade Básica de Saúde Parque do Cedro, município de Betim, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Falta de informação sobre a Hipertensão e a necessidade do tratamento para manter o controle da HAS
Operação (operações)	<p>Promover uma micro intervenção na unidade para orientar os usuários sobre a hipertensão, causas tratamento e os riscos de não aderir ao tratamento que pode levar ao desenvolvimento de complicações cardiovasculares;</p> <p>Orientar o usuário sobre a importância de seguir corretamente o tratamento medicamentoso e não medicamentoso para a HAS com o objetivo de manter o controle da hipertensão;</p> <p>Realizar ações educativas por meio de grupos operativos e visitas ao domicílio.</p>
Projeto	Mais Informação: Prevenção de agravos decorrentes do descontrole da HAS
Resultados esperados	Através da elevação do conhecimento sobre a HAS, estimular ao tratamento medicamentoso, uso correto da medicação, incentivo a inserção de atividade física adequada para a condição de saúde de cada paciente para manter o controle da HAS.
Produtos esperados	<p>Realização de atividades físicas regulares pela população alvo durante a semana, através da Caminhada/Alongamento na academia do bairro ou nas reuniões na unidade;</p> <p>Acompanhamento do uso correto da medicação;</p> <p>Acompanhar periodicamente os usuários para verificar a ocorrência de eventos provenientes dos efeitos da medicação</p>
Recursos necessários	<p>Cognitivo: Grupos operativos para conscientizar os pacientes a manter o controle de suas comorbidades a partir de adesão ao tratamento e levá-los a comparecer ao acompanhamento na unidade além da adesão para as atividades físicas</p> <p>Político: apoio local, divulgação nas redes sociais e durante as visitas do ACS.</p> <p>Financeiro: disponibilização de profissionais capacitados para fazer o atendimento das especialidades.</p>
Recursos críticos	<p>Político: Local adequado que suporte a demanda e o apoio da secretaria de saúde e prefeitura.</p> <p>Financeiro: Profissionais de educação física e capacitação dos ACS.</p>
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde/Gestão Municipal
Ações estratégicas	Apresentar a micro intervenção a Secretaria Municipal de Saúde justificando a necessidade de execução do mesmo em função do risco de pacientes no território com HAS para complicações cardiovasculares associadas a uma vida sedentária.
Prazo	6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Equipe da e-SF: médico, enfermeira, ACS, técnico em enfermagem

Processo de monitoramento e avaliação das ações	Controle mensal avaliando se o paciente segue o tratamento medicamentoso e se as comorbidades estão sendo controladas. Consulta para verificar a conscientização dos usuários para a importância do controle da HAS na prevenção dos agravos.
--	--

Fonte: o autor (2019)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS corresponde à doença crônica em maior prevalência na área adscrita a UBS Parque do Cedro, e que vem se tornando cada vez mais frequente no território. A baixa adesão ao tratamento acarreta outro problema que dificulta à unidade o atendimento da demanda espontânea, pois o aumento de casos de hipertensos descompensados gera uma sobrecarga e reduz os atendimentos aos demais usuários que necessitam da demanda espontânea para ingressar no cuidado à saúde na UBS.

Este fato pode ser comprovado através dos dados relacionados às internações hospitalares e pelo número de atendimentos por descontrole decorrente da falta de adesão ao tratamento para o controle da HAS, tanto na UBS Parque do Cedro como nas unidades hospitalares do Município Betim-MG.

Com base na pesquisa bibliográfica e na vivência na rotina de trabalho da UBS, é possível afirmar que o acréscimo no número de atendimentos a usuários hipertensos descompensados é proveniente da não adesão ao tratamento associado a FR comportamentais como alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e etilismo. Observa-se que cada vez mais este problema vem interferindo na qualidade dos serviços e por sua vez no indicador de morbimortalidade de usuários com essa doença crônica não transmissível.

Ao implantar as ações do plano de intervenção busca-se alcançar os objetivos propostos promovendo a melhoria da qualidade do atendimento ao usuário da UBS e fortalecer a relação entre equipe e usuários através do diálogo sobre os cuidados à saúde, esclarecendo a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso para o controle da HAS.

Além disso, com a realização de atividades educativas, atividades físicas, visitas domiciliares e acompanhamento nutricional juntamente com o uso regular de medicamentos, os resultados irão impactar positivamente na saúde do paciente, em sua qualidade de vida e refletirá nos indicadores de morbimortalidade da localidade.

Ressalta-se a necessidade de que o presente projeto de intervenção seja monitorado e passe por avaliação quanto ao alcance de seus objetivos, promovendo mudanças e alterando o planejamento caso necessário.

REFERENCIAS

BARRETO, M.S. et al. Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 60-67, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0060.pdf>>. Acesso em: 06 Abr 2019.

BETIM. **Boletim endereços das unidades de saúde**, Secretaria Municipal de Saúde Betim-MG. 2016. Disponível em: <[http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/ENDERE%C3%87OS%20DA_S_UNIDADES_%20DO_SISTEMA_%C3%9ANICO_%20DE_SA%C3%9ADE_\(SUS\)_BETIM;;20160928.pdf](http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/ENDERE%C3%87OS%20DA_S_UNIDADES_%20DO_SISTEMA_%C3%9ANICO_%20DE_SA%C3%9ADE_(SUS)_BETIM;;20160928.pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2018.

BETIM. **Plano Municipal de Saúde de Betim 2014/2017**. 2013. Disponível em: <http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/Plano_Municipal_de_Saude;;20150213.pdf>. Acesso em 05 Jun 2019.

BEZERRA, A.S.M.; LOPES, J.L.; BARROS, A.L.B.L. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 550-555, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0550.pdf>>. Acesso em: 06 Abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial atingi 24,3% da população adulta**. 2013a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2013/11/hipertensao-atinge-24-3-da-populacao-adulta>>. Acesso em: 06 Abr 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 130.: il. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf>. Acesso em: 06 Abr 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cr onica_cab35.pdf>. Acesso em: 06 Abr 2019.

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 (Caderno da Atenção Básica, n. 16).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>>. Acesso em: 19 Jun. 2019.

FARIA, H.T.G. et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.48, n. 2, p. 257-263, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-257.pdf>. Acesso em: 19 Jun. 2019.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M.A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>>. Acesso em: 06 Abr 2019.

GEWEHR, D.M. et al. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 179-190, 2018. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0179.pdf>>. Acesso em: 06 Abr 2019.

GIROTTI, E. et al . Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/27.pdf>>. Acesso em: 06 Abr 2019.

GOMES E MARTINS, A.G. et al . Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 3, p. 266-272, 2014 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0266.pdf>>. Acesso em: 06 Abr 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/betim/panorama>>. Acesso em: 06 Abr 2019.

MALACHIAS, M.V.B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.**, São Paulo.v. 107, n. 3, Supl.3, p.1-83, 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 05 Abr 2019.

MALTA, D.C. et al. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, 11s, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000006.pdf>. Acesso em: 05 Abr 2019. Epub June 01, 2017.

MARTE, A.P.; SANTOS, R.D. Bases fisiopatológicas da dislipidemia e hipertensão arterial. **Rev. Brasileira Hipertensão**. São Paulo. v. 14, n. 4, p.252-257,2007. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-4/09-fisiopatologicas.pdf>>. Acesso em: 06 Abr 2019.

MENDES, L.M.O. et al. Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa **Revista Univap**. São José dos Campos-SP, v. 20, n. 35, p.56-68, 2014. Disponível em: <<https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/download/182/197>>. Acesso em: 06 Abr 2019.

OLIVEIRA, G.M.M. et al. 2017: Diretrizes em Hipertensão Arterial para Cuidados Primários nos Países de Língua Portuguesa. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 109, n. 5, p. 389-396, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abc/v109n5/pt_0066-782X-abc-109-05-0389.pdf>. Acesso em: 06 Abr 2019.

PINOTTI, S.; MANTOVANI, M.F.; GIACOMOZZI, L.M. Percepção sobre a hipertensão arterial e qualidade de vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. **CogitareEnferm.**, Curitiba, v. 13, n. 4, p.526-534, 2008. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/13112/8870>>. Acesso em: 06 Abr 2019.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Grande tratado de enfermagem prática**. São Paulo: Editora Santos Livraria, 2001, 3ªed.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, Betim, Minas Gerais**. 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/betim_mg> Acesso em: 06 Abr 2019.

SANTOS, J.C.; MOREIRA, T.M.M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1125-1132, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/13.pdf>>. Acesso em: 05 Abr 2019.

SAMPAIO, L.F.R.; LIMA, P.G.A. Apoio ao Programa de Saúde da Família. Revista de Saúde da Família, Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/> Acesso em : 12 maio 2019

SCHMIDT, M. I., et al. Chronic non-communicablediseases in Brazil: Burdenandcurrentchallenges. **Lancet**,v.377, n. 9781, p.1949-1961. 2011. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60135-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60135-9/fulltext)>. Acesso em: 19 Mai 2019.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE (SIOPS). **Dotação atualizada Municípios Brasileiros. Recursos, Receita e população**. [online]. 2017. Disponível em:<

asp.datasus.gov.br/cgi/siops/siops_indic/municipio/semestral/prvmg.htm> Acesso em: 12 Mar 2018

SOARES, M. M. et al. Adesão do idoso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa. **CogitareEnferm.**, Curitiba, v. 17, n. 1, p.144-150, 2012. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/26389/17582>>. Acesso em: 06 Abr 2019.

SOUSA, A.L.L. et al. Prevalência, Tratamento e Controle da Hipertensão Arterial em Idosos de uma Capital Brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 112, n. 3, p. 271-278, 2019 . Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abc/v112n3/pt_0066-782X-abc-20180274.pdf>. Acesso em: 06 Abr 2019. Epub 07-Jan-2019.

SOUZA, C.S. et al . Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa Hiperdia: Estudo de Base Territorial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.102, n. 6, p. 571-578, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v102n6/pt_0066-782X-abc-102-06-0571.pdf>. Acesso em: 06 Abr 2019.

TAVARES, N.U.L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl 2, 10s, 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006150.pdf>. Acesso em: 06 Abr 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control**. Mendis S, Puska P, Norrving B editors. Geneva: World Health Organization; 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44701/1/9789241564373_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 19 Maio 2019.