

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

**SONIA SERAFINA GONZALEZ LOPEZ**

**PREVENÇÃO DOS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA COMUNIDADE ADSCRITA À  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VILA BISPO DE MAURA,  
MUNICÍPIO RIBEIRÃO DAS NEVES, MINAS GERAIS**

**BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS**

**2018**

**SONIA SERAFINA GONZALEZ LOPEZ**

**PREVENÇÃO DOS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA COMUNIDADE ADSCRITA À  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VILA BISPO DE MAURA,  
MUNICÍPIO RIBEIRÃO DAS NEVES, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Professor Edison José Corrêa

**BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS**

**2018**

**SONIA SERAFINA GONZALEZ LOPEZ**

**PREVENÇÃO DOS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA COMUNIDADE ADSCRITA À  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VILA BISPO DE MAURA,  
MUNICÍPIO RIBEIRÃO DAS NEVES, MINAS GERAIS**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Professor Edison José Corrêa, UFMG

Examinador 2 – Professor (a) Dra. Maria Marta Amancio Amorim. Centro  
Universitário Una/Belo Horizonte

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2018.

## **DEDICATÓRIA**

A meus pais, por ensinar-me o valor mais importante que todo ser humano precisa: o amor e o respeito ao próximo.

A meus filhos e esposo por ser a razão de meu esforço e sacrifício.

A meu orientador minha gratidão por sua ajuda e profissionalismo.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiro a Deus, ao povo de Brasil e a Equipe de Saúde da Família da Vila Bispo de Maura, de Ribeirão das Neves, por sua ajuda e cooperação neste trabalho e, assim, poder contribuir para que eu possa obter meus objetivos.

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo propor um plano de ações para modificar fatores de risco, hábitos e estilos de vida inadequados, a fim de diminuir os riscos, complicações e sequelas da hipertensão arterial em nossa população. Observamos que além de um descontrole da população em seu acompanhamento clínico, tanto na demanda espontânea quanto na programada, a maioria dos pacientes apresenta fatores de risco, para os quais ações de promoção e prevenção e mudança de estilos de vida poderiam levar a uma melhora na qualidade de vida e redução dos agravos e complicações da doença. Neste trabalho foi utilizado o método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional incluindo a estimativa rápida dos problemas observados e a definição de problema prioritário, nós críticos e ações necessárias. Em praticamente todas as nações a prevenção e o controle da hipertensão arterial sistêmica trazem implicações importantes. A utilização de novas estratégias e abordagens que identifiquem com mais precisão os indivíduos em situação de risco oferecem benefícios tanto para o indivíduo com hipertensão, como para a organização do serviço de atenção à saúde, como para a sociedade. Pela Estratégia Saúde da Família são feitas intervenções, de acordo com as diretrizes da Atenção Básica de Saúde, com a população que, embora não apresente doenças, por conviver com fatores de risco para adoecer, precisam ser dirigidas a um suporte da para apoio às mudanças de estilo de vida e das “escolhas” determinadas socialmente. Ações podem ser estruturadas a populações ou a indivíduos, a partir da estratificação de risco.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Fatores de risco. Obesidade, Dislipidemias.

## **ABSTRACT**

This study aims to propose a plan of actions to modify risk factors, habits and inadequate lifestyles, in order to reduce the risks, complications and sequels of hypertension in our population. We observed that in addition to a lack of control of the population in their clinical follow-up, both in spontaneous and programmed demand, most patients present risk factors, for which promotion and prevention and lifestyle changes could lead to improvement in quality of life and reduction of the diseases and complications of the disease. In this work we used the simplified method of Situational Strategic Planning including the rapid estimation of observed problems and the definition of priority problem, critical nodes and necessary actions. In practically all nations, the prevention and control of systemic arterial hypertension has important implications. The use of new strategies and approaches that more accurately identify individuals at risk offer benefits both to the individual with hypertension, to the organization of the health service, and to society. The Family Health Strategy makes interventions according to the guidelines of Primary Health Care with the population that, although it does not present diseases, because they coexist with risk factors to become ill, need to be directed to support to support the changes of style of life and socially determined choices. Actions can be structured to populations or individuals, from risk stratification.

Key words: Family health strategy. Primary health care. Hypertension. Obesity. Dyslipidemias.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
APS	Atenção Primária à Saúde
CEAE	Centro Estadual de Atenção Especializada
CID-10	Classificação Internacional de Doenças Décima Versão
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doença Cardiovascular
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
FR	Fator de Risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistólica
HDL-C	Lipoproteínas de Alta Densidade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IMC	Índice de Massa Corporal
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMMB	Programa Mais Médico para Brasil
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBR	Unidade Básica de Referência
UBS	Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Vila Bispo de Maura, município de Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais	18
Quadro 2- Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema prioritário “número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica sem controle de fatores de risco modificáveis” na comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família Vila Bispo de Maura, município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais	31
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema prioritário “número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica sem controle de fatores de risco modificáveis” na comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família Vila Bispo de Maura, município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais	32
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema prioritário “número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica sem controle de fatores de risco modificáveis” na comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família Vila Bispo de Maura, município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais	33

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	11
1.1 Breves informações sobre o município de Ribeirão das Neves, em Minas Gerais	11
1.2 O sistema municipal de saúde	12
1.3 A Equipe de Saúde da Família Vila Bispo de Maura, seu território e sua população	13
1.4 A Equipe de Saúde da Família Vila Bispo de Maura do município de Ribeirão das Neves	14
1.5 Funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Vila Bispo de Maura	16
1.6 O dia a dia da Equipe Vila Bispo de Maura	18
1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	16
1.8 Priorização dos problemas (segundo passo)	18
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	21
<b>3 OBJETIVOS</b>	20
3.1 Objetivos gerais	20
3.2 Objetivos específicos	20
<b>4 METODOLOGIA</b>	21
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	22
5.1 Hipertensão arterial sistêmica	22
5.2 Estratégia Saúde da Família: importância da atenção básica no controle de doenças crônicas e da hipertensão arterial	23
5.3 Os fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica	24
5.4 Aspectos conceituais: fatores de risco modificáveis – sobrepeso e obesidade, sedentarismo, síndrome metabólica	27
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b>	29
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	29
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	30
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	30
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	30
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	34
<b>REFERÊNCIAS</b>	35

## **1 INTRODUÇÃO**

O Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB) foi criado para levar médicos para regiões onde há escassez ou ausência dos profissionais e para fornecer melhorias na qualidade e humanização dos atendimentos, criando vínculos com pacientes e comunidade.

Integrados à Estratégia Saúde da Família (ESF), ambos, a autora desse estudo e o autor (ENRIQUEZ, 2018), trabalhamos no município de Ribeirão das Neves, do estado Minas Gerais (MG) em duas comunidades vizinhas e com iguais características étnicas, religiosas, políticas, econômicas e sociais, pelo que apresentamos essa primeira parte de informações, a seguir, sobre o município, em texto elaborado em conjunto (itens 1.1 e 1.2).

### **1.1 Breves informações sobre o município de Ribeirão das Neves, em Minas Gerais**

O município de Ribeirão das Neves, um dos maiores da Região Metropolitana de Belo Horizonte (BH), é conhecido como cidade dormitório, pelo fato de que muitos de seus moradores trabalham na capital e residem em Neves (IBGE, 2018).

São vizinhos dos municípios de São José da Lapa, Belo Horizonte e Esmeraldas; estende-se por 154,5 quilômetros. Os habitantes se chamam nevenses e consta com uma população estimada de 328.871 no ano 2017 (IBGE, 2018).

A densidade demográfica é de 1905,07 habitantes por km<sup>2</sup>. Está subdividido em três regiões: a sede, no centro, o distrito de Justinópolis e a região de Veneza (IBGE, 2018).

Segundo os dados de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o principal setor econômico é o de serviços. Cerca de 9% da população economicamente ativa têm emprego fixo, o que mostra o alto nível de desemprego, aumentando, assim, o índice de pobreza. Nesse índice, na comparação com outros municípios do estado, ocupava na posição 137 de 853 e, comparado com outros municípios do país, encontra-se no lugar 1987 de 5570. Como 34,5 % população tem renda *per capita* de meio salário mínimo, nesse índice sua posição é de 3675 em 5570 cidades do Brasil (IBGE, 2018).

A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 96.5, em 2010. Isso posicionava o município em 670 das 853 cidades do estado e na posição 4193 de 5570 cidades do Brasil. Em relação ao Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), os alunos do ensino fundamental pontuaram em 5,7 (anos iniciais). O IDEB do estado de Minas Gerais foi de 6,1 em 2015 (IBGE, 2018).

Na saúde a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 10.31 para 1.000 nascidos vivos, valor que está muito longe dos atingidos pelos países desenvolvidos como Estados Unidos, Canadá, entre outros. Comparado às cidades do Brasil, essa taxa é de 3173/5570 no Brasil, 430/853 no estado de Minas Gerais e de 10/24 na Região Metropolitana de Belo Horizonte (IBGE, 2018).

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

A operação é baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): Universalidade, Integralidade, Equidade e Participação Popular. Tem como objetivos alcançar um nível ótimo de saúde de forma equitativa e garantir a prestação dos serviços de saúde com eficiência, bem como oferecer uma proteção adequada aos riscos para todos os cidadãos e um acolhimento de forma humanizada para todos os usuários. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves o (SUS) conta de 55 equipes de Saúde da Família (eSF) , equivalendo a uma cobertura de 61%. Nelas se integra a ESF

Nova Pampulha II, vinculada à Unidade Básica de Saúde Jardim de Alá. Essa equipe tem uma população adscrita de 4400 pessoas. O município tem duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o hospital público São Judas Tadeu, onde são feitos os cuidados de urgência e emergência do município, contando com serviços de ortopedia, maternidade, pediatria e cirurgia geral. Tem cinco Unidades Básicas Referência (UBR) as quais têm serviços especializados de pediatria, odontologia e ginecologia. Há também o Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE), que atende os casos de gestantes de alto risco, mastologia, urologia, exames de ultrassonografia, mamografias, terapia ocupacional, pediatria e ginecologia. Quando não há suporte necessário, os pacientes são transferidos, via central de leitos, para hospitais de alta complexidade em Belo Horizonte.

A saúde no município de Ribeirão das Neves é defasada, pois faltam recursos financeiros, insumos, condições de trabalho, embora disponha de legislação atualizada, como a Lei nº 3613/2014 (sobre a ESF) e o Decreto 85/2017 (sobre a estrutura organizacional) (LOPEZ, 2018; ENRIQUEZ, 2018).

### **1.3 A Equipe de Saúde da Família Vila Bispo de Maura, seu território e sua população**

A eSF Vila Bispo de Maura está localizada na Rua Executivo, número 418. É uma casa alugada, com boas condições estruturais, embora os espaços sejam muitos reduzidos: não há sala para grupos operativos nem para reunião.

Seus limites geográficos de seu território são os seguintes: ao norte, a Avenida Araguaia até Avenida Petrópolis; ao sul, a rua do Congresso até a rua quatro; ao leste, a rua Maria Luísa; e ao oeste a rua John Soares Ferreira Denis.

As condições ambientais da comunidade são precárias: não existe serviço de esgoto, pelo que, no período de chuvas, as ruas enchem-se de água suja que transborda-se em direção às casas, contaminando as fontes da água. A maioria das ruas não está pavimentada, o que contribui para a poluição do ar. Não existe um lugar certo para dispor o lixo, mas sua coleta acontece com a frequência estabelecida.

A grande maioria da população pratica algum tipo de religião, sendo a católica a mais representativa, porém, também tem igrejas protestantes e centros espíritas, dentre outras denominações religiosas.

Não existem creches nem escolas, também não tem centros comerciais nem indústrias.

Segundo os dados coletados nos cadastros familiares (Ficha A) a população da comunidade da Vila Bispo de Maura é de 3427 habitantes cadastrados. O analfabetismo é elevado, sobretudo nos maiores de 40 anos, assim como a evasão escolar em maiores de 14 anos. Mais do 50% da população de nossa área de abrangência vive em condições precárias, muitos desempregados e subempregados. Na população mais jovem o consumo de droga e álcool é elevado, o que produz um elevado índice de violência. Mas a equipe tem como objetivo tentar que o primeiro atendimento seja de qualidade, tendo como centro a família, para uma adequada orientação e que, assim, as pessoas reconheçam suas necessidades.

A equipe trabalha sobre a adequada aplicação das técnicas de abordagem (o acolhimento, as visitas domiciliares, o trabalho com os grupos operativos e a consulta médica), tentando obter cada vez mais informações sobre as condições da população de nossa comunidade e assim prestar serviços de qualidade, com mais equidade.

#### **1.4 A Equipe de Saúde da Família Vila Bispo de Maura do município de Ribeirão das Neves**

O território de abrangência da equipe conta com uma população de 3427 habitantes, cadastrados na região 4 de Ribeirão das Neves, com seis microáreas. Duas das micro áreas são desprotegidas, o que faz mais complicado o adequado acompanhamento de essas famílias.

A equipe é formada pelos profissionais apresentados a seguir:

- Enfermeira gerente: G. M., 45 anos, com 28 anos de graduada, trabalha na unidade há seis anos, casada e tem um filho.

- Técnica. de enfermagem: R. N., têm 45 anos, com 21 anos de graduada, solteira, sem filhos.
- Agente Comunitário de Saúde (ACS) da microrregião 1: V.M da C., têm 32 anos, com ensino médio completo, casada e com três filhos.
- ACS microrregião 2: C M. C., têm 51 anos casada com dois filhos.
- ACS microrregião 3: B C., 65 anos, solteira, com quatro filhos, com ensino médio completo.
- ACS microrregião 4: R. M., 57 anos, casada, com quatro filhos, com ensino médio completo.
- ACS microrregião 5 : J.S., 28 anos, casada, com um filho, com ensino médio completo.
- ACS micro área 6: K.S., 33 anos com quatro filhos, com ensino médio completo.
- Médica, do PMMB, cubana, 48 anos, com 26 anos de graduada, casada com dois filhos.

Nossa região ainda não conta com serviços de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NAFS) – recentemente renomeado para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2017); somente temos os serviços dos profissionais de apoio (fisioterapia, psicologia e psiquiatria) com um sistema de matriciamento em que é feita uma reunião todos os meses e são discutidos os casos para definir acompanhamento de acordo com necessidades.

Em nossa unidade temos serviços de farmácia, o qual funciona de 8 às 17 horas da tarde. Conta com recursos mínimos (uma geladeira, três armários, um suporte de soro, uma maca e uma bala de oxigênio), mas as condições do local não são as melhores. A luminosidade é precária.

A medicação é dispensada mediante carteira de identidade original e xerox da receita. No momento estão em falta alguns dos medicamentos dificultando tratamento para pacientes, que em sua maioria são de baixa renda. Por outro lado, a farmácia não possui medicamentos controlados, nem de uso inalatório

fazendo que os pacientes desloquem longas distâncias, dificultando assim o acesso para esses tratamentos.

É prestado o serviço de aferição de pressão, glicemia, aplicação de injetáveis e acolhimento de pacientes.

Temos dificuldades na interrelação dos níveis de atenção (primária, secundária e terciária) onde não temos uma comunicação certa sobre o acompanhamento dos pacientes com a equipe de saúde, na grande maioria das vezes não temos a contrarreferência, existem dificuldades também com as vagas para especialidades e exames de alta tecnologia, que além de ter poucas vagas são muito demorados, pelo quais os usuários ficam insatisfeitos.

A unidade conta com o serviço de laboratório localizado na Unidade de Saúde Nova Pampulha I, que fica perto de nossa área de abrangência, disponibilizando 20 vagas semanais para nossas gestantes. São efetuados exames de sangue, urina e fezes e outros como teste de tolerância a glicose. A coleta é feita no laboratório que fica em Justinópolis.

A equipe tem como objetivo principal as atividades de prevenção e promoção de saúde, tendo muita clareza sobre os conceitos das determinantes sociais da saúde que, de acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS) estão relacionados às condições em que vive e trabalha uma pessoa. Também podem ser considerados fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a existência de fatores de risco e a ocorrência de problemas de saúde à população, nos quais são incluídos moradia, escolaridade, alimentação, renda e emprego.

### **1.5 Funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Vila Bispo de Maura**

A Unidade de Saúde funciona das 8 às 17 horas, com o necessário apoio dos ACS, que fazem o plantão na recepção, a agenda de consultas, a organização dos prontuários para as consultas agendadas e para a demanda espontânea, entre outras atividades.

A eSF trabalha com harmonia, de forma integral, em comunicação constante, procurando sempre que a primeira orientação seja o cuidado do usuário, utilizando ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de agravos mais frequentes, buscando, dessa forma, diminuir o uso dos demais níveis assistenciais de saúde e constituindo, assim, a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde.

### **1.6 O dia a dia da Equipe Vila Bispo de Maura**

Nossos pacientes têm a sua disposição o trabalho da equipe de segunda-feira até sexta-feira, de manhã e à tarde, de 8 às 12 horas e das 13 horas até 17 horas. Em nossa unidade de saúde, além dos atendimentos de demanda espontânea, que são feitos todos os dias, atendem-se às consultas programadas de acordo com agenda, sendo realizadas semanalmente atividades educativas com os diferentes grupos de pacientes (adolescentes, gestantes, hipertensos e diabéticos).

São feitas consultas de puericultura, de pré-natal, preventivos para o rastreamento de câncer de colo uterino e de mama e, uma vez por mês, é realizada a consulta de matriciamento de psiquiatria e psicologia. No momento a equipe está trabalhando com o grupo de tabagismo, em que já está tendo sucesso.

São realizadas visitas domiciliares, tanto pela ACS quanto pela equipe.

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

Considerando a possibilidade de se planejar uma intervenção que pudesse solucionar um dos problemas principais da comunidade, foram inicialmente estimados quais seriam os problemas principais, para que, deles, fosse selecionado um.

- Número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) sem controle de fatores de risco (estilo de vida, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, dentre outros).
- Número elevado de pacientes com HAS sem processo de atenção adequado.
- Alto índice de alcoolismo e tabagismo.
- Alto consumo de drogas e baixo nível de segurança na comunidade.
- Existência de doenças de saúde mental (ansiedade e depressão) e comorbidades.
- Baixa renda, a maioria da população de nossa área de abrangência é muito carente de recursos econômicos, com alta taxa de desemprego, sendo muitas famílias apoiadas por programas sociais (Bolsa de Família), ou aposentados ou sem nenhuma renda.

### 1.8 Priorizações dos problemas (segundo passo)

No primeiro momento foi feita uma reunião com a equipe para que, segundo a opinião de cada membro, fossem definidos os principais problemas. De acordo com sua observação, concordamos em preencher em uma folha os problemas que cada um percebia. Após a identificação dos problemas o outro passo foi a priorização considerando sua importância, sua urgência e a capacidade para enfrentá-los. Foi feita uma seleção de acordo com esses itens. A partir da análise com os critérios anteriores, o maior problema foi o número elevado de pacientes com HAS sem controle de fatores de risco (estilo de vida, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, dentre outros, conforme apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde Vila Bispo de Maura, município de Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais**

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica sem controle de fatores de risco	Alta	9	PARCIAL	1
Número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica sem processo de atenção adequado.	Alta	8	PARCIAL	2
Alto índice de alcoolismo e tabagismo.	Alta	6	PARCIAL	3
Alto consumo de drogas e baixo nível de segurança na comunidade.	Alta	3	FORA	4
Existência de doenças de saúde mental (ansiedade e depressão) – comorbidades).	Alta	3	PARCIAL	5
Baixa renda da população.	Alta	1	FORA	6

Fonte: Autor e Equipe de Saúde da Família, de acordo com FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018

\*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 escolhido pela equipe foi o número elevado de pacientes com HAS com fatores de risco (estilo de vida, sobrepeso, obesidade, sedentarismo, dentre outros). Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA,2010)

De acordo com os dados coletados nos prontuários e através das consultas de acompanhamento, observamos que além de um descontrole da população em seu acompanhamento clínico, tanto na demanda espontânea quanto na programada, a maioria dos pacientes apresenta fatores de risco, para os quais ações de promoção e prevenção e mudança de estilos de vida poderiam levar a uma melhora na qualidade de vida e redução dos agravos e complicações da doença.

### **3 OBJETIVOS**

#### **Objetivo geral**

Propor um plano de ações para modificar fatores de risco, hábitos e estilos de vida inadequados, a fim de diminuir os riscos, complicações e sequelas da HAS em nossa população.

#### **Objetivos específicos**

Apresentar ações de modificação de hábitos e estilos de vida inadequados - sedentarismo, obesidade e hábitos tóxicos.

Propor mecanismos de alerta à população sobre o perigo da HAS e suas complicações, seus fatores de riscos e as doenças associadas e complicações.

Propor ações para melhor adesão ao tratamento.

Propor ações para superar a má estrutura dos serviços em saúde e as dificuldades no processo de trabalho da equipe.

Propor processo de educação permanente da eSF.

#### 4 METODOLOGIA

Neste trabalho foi utilizado o método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES), incluindo a estimativa rápida dos problemas observados e a definição de problema prioritário, nós críticos e ações necessárias. Foi feito um diagnóstico situacional de saúde, em reunião realizada com a eSF e na revisão de prontuários e informação dos informantes-chaves (CAMPOS H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A, 2018).

Como base bibliográfica registra-se uma revisão de literatura, com os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): Estratégia Saúde da Família, Atenção primária à saúde, Hipertensão, Fatores de risco, sobrepeso, obesidade, dislipidemias foi realizada busca de publicações sobre o tema Hipertensão Arterial Sistêmica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo Egan (2013) apud Radovanovic *et al.*, (2014), em praticamente todas as nações a prevenção e o controle da HAS trazem implicações importantes. A utilização de novas estratégias e abordagens que identifiquem com mais precisão os indivíduos em situação de risco oferecem benefícios tanto para o indivíduo com HAS, como para a organização do serviço de atenção à saúde, como para a sociedade.

A fim de obter uma melhor qualidade de vida o indivíduo deve ter a vontade de quer fazer mudanças no comportamento para melhorara sua saúde.

Contudo, por ser uma doença crônica, o controle da HAS requer acompanhamento e tratamento por toda a vida, envolvendo medidas farmacológicas e não farmacológicas (REINERS *et al.* 2012 apud RADOVANOVIC *et al.*, 2014,p. 548).

No Brasil, HAS atinge 32,5% (36 milhões) dos indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com o Diabetes Mellitus (DM), suas complicações (cardíacas, renais e acidente vascular encefálico) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (MALACHIAS *et al.*, 2016, p. 1-6 ).

Como embasamento conceitual para esse trabalho serão registrados aspectos abordados na literatura científica relacionados a:

5.1 HAS

5.2 ESF: importância da atenção básica no controle de doenças crônicas

5.3 Fatores de risco para a HAS.

5.4 Aspectos conceituais: HAS, sobrepeso e obesidade, síndrome metabólica, sedentarismo.

### 5.1 Hipertensão arterial sistêmica

HAS é uma condição clínica multifatorial em que a pressão arterial sistólica (PAS) está acima ou igual a 140 mmHg, ou a diastólica (PAD) acima ou igual a 90 mmHg (Nova Diretriz para Hipertensão Arterial, 2018).

O congresso da *American Heart Association* (2017), na Califórnia, teve como ponto alto a nova diretriz sobre diagnóstico e tratamento da HAS, com uma nova definição para HAS: pressão arterial sistólica (PAS)  $\geq$  130 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq$  80 mmHg. A pressão arterial passa a ser classificada como:

- Normal: quando PAS < 120mmHg + PAD < 80mmHg;
- Elevada quando PAS estiver entre 120 e 129mmHg + PAD entre 80 e 89mmHg
- Hipertensão Estágio 1 – Quando PAS estiver entre 130 e 139mmHg ou PAD entre 80-89mmHg
- Hipertensão Estágio 2 – Quando PAS estiver acima ou igual a 140mmHg ou PAD acima ou igual a 90mmHg.

No mundo, as DCV são responsáveis por aproximadamente 17 milhões de mortes por ano, quase um terço do total da população. Entre elas, as complicações da HAS causam 9,4 milhões de mortes anualmente. A HAS é a causa de pelo menos 45% das mortes por doença cardíaca e 51% das mortes por acidente vascular cerebral. A HAS está direta ou indiretamente ligada a, pelo menos, 50% das mortes causadas por DCV no Brasil e tem como importantes fatores de risco o aumento da idade, a obesidade, o sedentarismo e a ingestão excessiva de sal e de álcool, além da herança genética (LACSAÚDE, 2017).

De acordo com o estudo VIGITEL, do Ministério da Saúde, 2017, o diagnóstico de hipertensão arterial aumentou 14,2% no Brasil nos últimos 10 anos, principalmente entre mulheres. A pesquisa aponta a obesidade – que aumentou 60% nesse mesmo período – como um dos principais fatores responsáveis pelo índice observado, não só na pressão arterial alta, que agora atinge 25,7% da população, mas também no diabetes (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

## **5.2 Estratégia Saúde da Família: importância da atenção básica no controle de doenças crônicas e da hipertensão arterial**

A ESF é uma reorientação do modelo assistencial em saúde a partir da atenção básica e, assim, fazer mudança do modelo centrado no médico e no hospital para um modelo focado na integralidade da assistência, em que o usuário está inserido dentro da sua comunidade socioeconômica e cultural, buscando o reconhecimento da saúde como um direito de

cidadania e a melhoria das condições de saúde e de vida, através de serviços mais resolutivos, integrais e humanizados (BRASIL, 2016).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são fundamentais para a coordenação e a integração dos serviços e ações de Saúde, assim como para a integralidade e a qualidade do cuidado à saúde. A organização dos serviços e recursos em redes em diversos países tem demonstrado o alcance de melhores resultados em saúde, menos internações e maior satisfação dos usuários, melhor uso dos recursos, serviços mais custo-efetivos e de melhor qualidade, maior cooperação entre gestores de diferentes serviços, entre outras vantagens (MENDES, 2011; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2011).

Pela ESF são feitas intervenções, de acordo com as diretrizes da Atenção Básica de Saúde, com a população que, embora não apresente doenças, por conviver com fatores de risco para adoecer, precisam ser dirigidas a um suporte da eSF para apoio às mudanças de estilo de vida e das “escolhas” determinadas socialmente. Ações podem ser estruturadas a populações ou a indivíduos, a partir da estratificação de risco, em que a rede de serviços da Saúde e outros setores possam ofertar a atenção correta às distintas necessidades das pessoas, com bom custo-efetividade e qualidade assistencial.

Essas medidas precisam ser efetivas, seguras e aceitas pelos indivíduos, e seu custo deve ser possível tanto para os serviços de saúde como para as pessoas em termos emocionais, físicos ou sociais (NOEMAN, H.D., 2015, P.1-3).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de riscos (FR). As evidências acumuladas apontam que, para deter o crescimento das DCNT, são necessárias estratégias integradas e sustentáveis de prevenção e controle, assentadas sobre seus principais FR modificáveis: tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada, obesidade, dislipidemia e consumo de álcool (MALTA *et al.*, 2017, p.462).

### **5.3 Os fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica**

A maioria dos pacientes com HAS apresenta FR que não são modificáveis, como a raça, idade, sexo, herança e além de isso observado durante o atendimento nas consultas de controle, que os mesmos apresentam também outros FR modificáveis, o que diante disso nosso agir no dia a dia em conjunto com a equipe nas atividades de promoção e prevenção podemos intervir . A HAS é um grave problema de saúde pública, sendo considerado um dos principais FR para as DCV e responsável por altas taxas de morbidades. O seu controle depende de medidas farmacológicas e não farmacológicas, entre essas medidas estão a redução de consumo de álcool, controle da obesidade, a dieta equilibrada, a prática regular de atividade física e a cessação do tabaco. A adesão desses hábitos de vida favorece a redução dos níveis pressóricos e contribuem para prevenção de complicações (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

A prevalência elevada de DCNT e sua associação com fatores de risco vêm contribuindo para o aumento da morbidade e mortalidade em vários estados do Brasil. As principais DCNT (DCV, doenças respiratórias crônicas, DM e neoplasias) possuem quatro FR em comum. Vale salientar que esses FR são modificáveis (tabagismo, alimentação não saudável, atividade física insuficiente e uso nocivo de álcool) (BRASIL, 2018).

#### **5.4 Aspectos conceituais: fatores de risco modificáveis – sobrepeso e obesidade, sedentarismo, síndrome metabólica**

##### Sobrepeso e obesidade

O sobrepeso e obesidade ganharam destaques na agenda pública internacional nas três últimas décadas, caracterizadas como um evento de proporções globais e de prevalência crescente. No Brasil, o sobrepeso e a obesidade vêm aumentando em todas as faixas etárias e em ambos os sexos, em todos os níveis de renda, sendo a velocidade de crescimento mais expressiva na população com menor rendimento familiar (DIAS *et al.*, 2017)

A OMS define a obesidade como condição crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura que traz repercussões à saúde. Portanto, é categorizada, na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no item de doenças endócrinas,

nutricionais e metabólicas. No Brasil, diferentes documentos do governo seguem a definição da OMS e a concebem simultaneamente como doença e FR para outras doenças, como condição crônica multifatorial complexa e, ainda, como manifestação da insegurança alimentar e nutricional. Quanto aos fatores condicionantes da obesidade, nos documentos, destacam-se a alimentação rica em gorduras e açúcares e o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados, associados à inatividade física, ainda que se reconheça a complexidade dos processos subjacentes. O diagnóstico do sobrepeso/obesidade vem sendo realizado por meio do índice de massa corporal (IMC), calculado como a razão da massa corporal pela estatura ao quadrado, concebido inicialmente para uso em adultos, pela sua associação com risco de adoecer e morrer, reiterando a obesidade como fator de risco especialmente para as DCNT. O IMC também é usado em crianças e adolescentes, idosos e gestantes (DIAS *et al*, 2017, p. 3).

É recomendado que o cálculo do IMC seja realizado para todos os pacientes que procuram a rede prestadora de serviços ambulatorial e hospitalar. A captação deste dado de saúde irá permitir o direcionamento para estratégias de prevenção e tratamento precoce (orientação para prática de atividade física, consulta com nutricionista, endocrinologista, fornecimento por meio digital ou impresso de informações relevantes sobre o tema), reduzindo morbimortalidade do indivíduo e de custos no sistema de saúde (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016).

### Sedentarismo

É definido como a falta ou a grande diminuição da atividade física. O conceito não é associado necessariamente à falta de uma atividade esportiva. Do ponto de vista da Medicina Moderna, o sedentário é o indivíduo que gasta poucas calorias por semana com atividades ocupacionais. Para deixar de fazer parte do grupo dos sedentários o indivíduo precisa gastar no mínimo 2.200 calorias por semana em atividades físicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Doenças associadas à vida sedentária – HAS, DM, obesidade, ansiedade, aumento do colesterol, infarto do miocárdio são alguns dos exemplos das doenças às quais o indivíduo sedentário se expõe. O sedentarismo é

considerado o principal FR para a morte súbita, estando na maioria das vezes associado direta ou indiretamente às causas ou ao agravamento da grande maioria das doenças (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Para deixar de ser sedentário - Praticar atividades esportivas como andar, correr, pedalar, nadar, fazer ginástica, exercícios com pesos ou jogar bola é uma proposta válida para evitar o sedentarismo e importante para melhorar a qualidade de vida. Recomenda-se a realização de exercícios físicos de intensidade moderada durante 40 a 60 minutos de três a cinco vezes por semana (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

### Síndrome metabólica

Corresponde a um conjunto de doenças cuja base é a resistência insulínica.

Pela dificuldade de ação da insulina, decorrem as manifestações que podem fazer parte da síndrome. Não existe um único critério aceito universalmente para definir a Síndrome. Os dois mais aceitos são os da OMS e os do programa americano National Cholesterol Education Program (NCEP). Porém o Brasil também dispõe do seu Consenso Brasileiro sobre Síndrome Metabólica, documento referendado por diversas entidades médicas. Segundo os critérios brasileiros dados por a Síndrome Metabólica ocorre, quando estão presentes três dos cinco critérios (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA - SBEM, 2016).

Segundo a SBEM os seguintes indicadores caracterizam a síndrome metabólica:

Obesidade central - circunferência da cintura superior a 88 cm na mulher e 102 cm no homem. Hipertensão Arterial - pressão arterial sistólica 130 e/ou pressão arterial diastólica 85 mmHg. Glicemia alterada (glicemia 110 mg/dl) ou diagnóstico de DM Triglicerídeos 150 mg/dl. HDL colesterol 40mg/dl em homens e 50mg/dl em mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2018, p.73).

### Ingestão de sal

O consumo excessivo de sódio, um dos principais FR para HA, associa-se a eventos cardio vasculares (CV) e renais.

No Brasil, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), obtidos em 55.970 domicílios, mostraram disponibilidade domiciliar de 4,7 g de sódio /pessoa/dia (ajustado para consumo de 2.000 Kcal), excedendo em mais de duas vezes o consumo máximo recomendado (2 g/dia), menor na área urbana da região Sudeste, e maior nos

domicílios rurais da região Norte. O impacto da dieta rica em sódio estimada na pesquisa do vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) de 2014 indica que apenas 15,5% das pessoas entrevistadas reconhecem conteúdo alto ou muito alto de sal nos alimentos (MALACHIAS *et al*, 2016, *online*).

### Ingestão de álcool

Consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a PA de forma consistente. Meta-análise de 2012, incluindo 16 estudos com 33.904 homens e 19.372 mulheres comparou a intensidade de consumo entre abstêmios e bebedores. Em mulheres, houve efeito protetor com dose inferior a 10g de álcool/dia e risco de HA com consumo de 30-40g de álcool/dia. Em homens, o risco aumentado de HA tornou-se consistente a partir de 31g de álcool/dia. Dados do VIGITEL, 2006 a 2013, mostram que consumo abusivo de álcool - ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, de bebidas alcoólicas em uma mesma ocasião, dentro dos últimos 30 dias - tem se mantido estável na população adulta, cerca de 16,4%, sendo 24,2% em homens e 9,7% em mulheres. Em ambos os sexos, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi mais frequente entre os mais jovens e aumentou com o nível de escolaridade (MALACHIAS *et al*, 2016, *online*). .

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica sem controle de fatores de risco”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

### **6.1 Descrição do problema selecionado**

A eSF, de uma população adscrita total de 3427 habitantes, tem 354 pessoas com HAS (14,8%) na população de 2380 pessoas de 20 anos ou mais.

Da população adscrita à eSF (3427 pessoas), são cadastradas como com idade de 20 anos ou mais 2380 pessoas (69,4%), das quais 354 (14,87%) com HAS. Esses são dados coletados nos prontuários e através das consultas de acompanhamento, observamos que ficavam descontrolados, na maioria das vezes, os pacientes com esta doença e com não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, por inadequação do tratamento, especialmente em relação a uma não abordagem do controle dos FR para HAS.

De acordo com indicadores da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte esperase, entre os diabéticos 45% de baixo risco, 35% de médio risco e 20% de baixo risco. O percentual de hipertensos esperado para a população de 25 a 39 anos é de 9,90%, na de 40 a 59 anos 32,40% e na população de 60 anos e mais 52,50% (FARIA, CAMPOS, SANTOS, 2018). Para a população de 25 anos ou mais a expectativa é de 15,17% de hipertensos, bem próximo ao número de 14,87 do cadastro de diabéticos para o território da equipe. Para a população de 20 anos ou mais, de acordo com Censo Nacional 2010 do IBGE é de 67%, também bem próximo do cadastrado para o território.

## **6.2 Explicações do problema selecionado**

O problema escolhido pela equipe foi a elevada influência dos FR evitáveis e fatores agravantes para a HAS (sobrepeso e obesidade, tabagismo, hipercolesterolemia, maus hábitos dietéticos ingestão de sal e álcool, síndrome metabólica e sedentarismo). O controle e modificação desses fatores têm uma relação direta com a diminuição da morbidade e mortalidade por DCV. Com os dados coletados observamos que, também, a maioria dos pacientes com doenças com HAS e DM ficava descontroladas, por não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso ou por inadequação do processo de atenção.

## **6.3 Seleções dos nós críticos**

Para a intervenção sobre o problema prioritário proposto – “número elevado de pacientes com HAS sem controle de FR modificáveis” na comunidade adscrita à eSF Vila Bispo de Maura, município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais os seguintes subproblemas poderiam receber propostas para modificação, no sentido de minimizar ou resolver o problema maior:

1. Hábitos e estilos de vida inadequados.
2. Pouca informação da comunidade sobre HAS, seus FR, doenças associadas e complicações. Dificuldade na adesão ao tratamento.
3. Má estruturação do serviço de saúde. Dificuldades no processo de trabalho da equipe de saúde. Necessidade de educação permanente da equipe.

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

Os quadros 2 a 5, a seguir, detalham as ações a serem implementadas.

**Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica sem controle de fatores de risco modificáveis” na comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família Vila Bispo de Maura, município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais**

<b>Nó crítico 1</b>	Hábitos e estilos de vida inadequados
<b>Operação</b> (operações)	Estimular ações de modificação de hábitos e estilos de vida inadequados da comunidade - sedentarismo, obesidade e hábitos tóxicos.
<b>Projeto</b>	<b>Menos pressão alta.</b>
<b>Resultados esperados</b>	Implementação de atividades saudáveis coletivas. Maior adesão ao tratamento não farmacológico.
<b>Produtos esperados</b>	Maior participação dos usuários com HAS e familiares em atividades coletivas, como “academia da cidade”, “caminhada divertida”, “nutrição para a saúde”, etc.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Organizar ações (pessoas, horários, espaços) para o exercício físico e orientação nutricional. Cognitivo: Capacitação de pacientes sobre informação e estratégia de saúde na eliminação de hábitos estilos de vida inadequados. Financeiro: Financiamento para recursos audiovisuais e folhetos educativos. Organizacionais: Cronograma organizado para desenvolver atividades coletivas relacionadas ao tema hábitos e estilo de vida e Político: Articulação dos diferentes setores (secretaria de saúde, educação, governo municipal e organizações sociais e religiosas). Parceria com movimentos sociais
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Criação de espaços lazer Cognitivo: Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos Político: mobilização social interceptorial com a rede para formar parcerias com educadores físicos, voluntários e parcerias com agencias de publicidades.
<b>Controle dos recursos</b>	Profissionais de saúde, secretaria de saúde e setor de comunicação social.
<b>Ações estratégicas</b>	Reunião com equipe de saúde e a comunidade para apresentar o projeto.
<b>Responsáveis pelo acompanhamento</b>	Médico, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS e nutricionista.
<b>Prazos</b>	três meses para inicio do projeto.
<b>Processo de</b>	Reunião trimestral de acompanhamento com equipe e nutricionista.

<b>monitoramento</b>	
<b>Avaliação das operações</b>	Avaliação semestral do projeto após o início das atividades.

**Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema prioritário “número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica sem controle de fatores de risco modificáveis” na comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família Vila Bispo de Maura, município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais**

<b>Nó crítico 2</b>	Pouca informação sobre HAS e suas complicações seus FR, e as doenças associadas; dificuldade na adesão ao tratamento.
<b>Operação (operações)</b>	Desenvolver ações com a comunidade para maior conhecimento sobre o alto número de pessoas com HAS na população, as abordagens propostas e a importância de melhorar a adesão e a qualidade de seu acompanhamento.
<b>Projeto</b>	<b>Conhecendo a hipertensão.</b>
<b>Resultados esperados</b>	Aumentar um 60% a adesão correta do tratamento farmacológico da HAS.
<b>Produtos esperados</b>	Equipe mais capacitada, usuários hipertensos com maior conhecimento sobre a importância de a adesão correta ao tratamento.
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: Equipe com capacidade para ter uma boa comunicação e conhecimento do tratamento farmacológico e não farmacológico. Político: articulação intersetorial e mobilização social.
<b>Recursos críticos</b>	Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais e educativo Político: Mobilização intersetorial entre secretaria de saúde e educação.
<b>Controle dos recursos</b>	Ator que controla Equipe de Saúde e Secretaria de Educação.
<b>Ações estratégicas</b>	Fornecer matérias educativos para aumentar os conhecimentos da HAS.
<b>Responsáveis pelo acompanhamento</b>	Equipe multi-profissional e secretaria de saúde.
<b>Prazos</b>	Início de planejamento das ações, capacitação da equipe, realização dos grupos operativos e elaboração dos materiais educativos em 2 meses.
<b>Processo de monitoramento</b>	Roda de conversas semanais e avaliações mensais com a equipe e gestores.
<b>Avaliação das operações</b>	Capacitação das ACS. Realização de avaliações técnicas com aplicação de questionários a pacientes com HAS e seus familiares.

**Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica sem controle de fatores de risco modificáveis” na comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família Vila Bispo de Maura, município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 3</b>	Má estruturado dos serviços em saúde; dificuldades no processo de trabalho da equipe de saúde; necessidade de educação permanente da equipe.
<b>Operação (operações)</b>	Melhorar a estrutura dos serviços de saúde para garantir o atendimento dos pacientes com riscos cardiovasculares. Estabelecer linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado de acordo com o programa da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e a Diretriz Nacional de Hipertensão Arterial de educação permanente para a equipe.
<b>Projeto</b>	<b>Cuidar melhor.</b>
<b>Resultados esperados</b>	<p>Maior preparação da equipe de saúde para uma relação educativa com a população.</p> <p>Melhor organização do serviço de atenção</p> <p>Melhor planejamento e programação de ações educativas.</p> <p>Garantia de exames de laboratório e medicamentos para controle de HAS e DM.</p> <p>Ter cadastro atualizado da população com riscos cardiovasculares para manter um controle adequado de aproximadamente 70% da mesma.</p>
<b>Produtos esperados</b>	Fazer capacitações permanentes da equipe de saúde (conhecimento a processo de trabalho). Referência e contra referência bem estabelecidas. Protocolos bem definidos para o atendimento e satisfação dos usuários.
<b>Recursos necessários</b>	<p>Estrutural: Adequação entre os setores (educação, esporte, governo municipal, organizações sociais e religiosas), e profissionais de saúde.</p> <p>Cognitivo: aumentar conhecimento sobre a importância de controle das doenças crônicas e suas complicações, apresentando projetos de educação continuada. Elaboração de projetos e protocolos da linha de cuidado.</p> <p>Financeiro: Disponibilizar recursos para aumento de consultas especializadas e exames laboratoriais.</p> <p>Político: Parcerias com outros setores e governamental. Adesão dos profissionais.</p>
<b>Recursos críticos</b>	<p>Estrutural: Criar espaços.</p> <p>Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais.</p> <p>Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p>
<b>Controle dos recursos</b>	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde.
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar projeto pela equipe de saúde e comunidade a secretaria de saúde e gestor.

<b>Responsáveis pelo acompanhamento</b>	Médico e enfermeira.
<b>Prazos</b>	Início em 2 meses e avaliação de seis em seis meses.
<b>Processo de monitoramento e Avaliação das operações</b>	Avaliação trimestral da implementação do projeto.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste Projeto de Intervenção temos como objetivo diminuir a incidência de HAS e as complicações atuando sobre FR, e não mediremos esforços para obter os resultados esperados, com ajuda e participação da equipe, profissionais de saúde, e comunidade nas ações planejadas o que tem grande importância na realização do projeto. A realização e incorporação da população nas atividades deve fortalecer o vínculo entre a equipe de trabalho e os usuários com FR. Com a realização deste projeto podemos conseguir que a comunidade modifique os modos e estilos de vida, através de uma alimentação adequada e saudável, com a vida menos sedentária e opções de recreação mais saudáveis.

A dedicação dos profissionais e o compromisso da equipe de saúde ao trabalho, além do conhecimento da área de abrangência, tem influência positiva na realização das atividades pela equipe. O nosso desejo é desenvolver um trabalho sistemático e integral a fim de diminuir os riscos e obter menos pacientes com HAS e um melhor controle dos pacientes com DCNT. Obviamente, estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem desses fatores relativos a hábitos e estilos de vida que reduzirão o risco de exposição, trazendo benefícios individuais e coletivos para a prevenção e redução da carga de doenças devida às DCV em geral.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA), 2017 – Medscape. **Nova diretriz sobre diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial sistêmica da American Heart Association sugere uma nova definição.** Disponível em: <<http://portugues.medscape.com/vercolecão/650038>> Acesso em: 12 abr. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade.** 4. ed. São Paulo: Abeso, 2016. Disponível em<[http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes\\_brasileiras\\_obesidade\\_2009\\_2010\\_1.pdf](http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf)>. Acesso em: 13 abr. 2018.

BRASIL Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde da Família.**, 2016. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Disponível em:< [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf)>. Acesso: em 13 abr. 2018.

BRASIL Ministério da Saúde. **Sobre a Vigilância de DCNT**, 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/43036-sobre-a-vigilancia-de-dcnt>>. Acesso em: 21 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa mostra aumento do índice de hipertensão no Brasil.**,2017. Disponível em: < <http://www.exponewsbrasil.com.br/2017/04/25/pesquisa-mostra-aumento-indice-de-hipertensao-no-brasil/>> Acesso em: 12 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, Disponível em: < <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2018.

CAMPOS 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/registro/Modulo\\_20/24](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo_20/24)>. Acesso em: 12 de maio 2018.

DIAS, P. C. *et al.* **Obesidade e políticas públicas**. Concepções e Estratégias adotadas pelo governo brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, e00006016, 2017. Disponível em: .  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000705001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000705001&lng=en&nrm=iso)>. acesso em: 22 abr. 2018

EGAN B. M. Prediction of incident hypertension. Health implications of data mining in the 'Big Data'. Apud RADOVANOVIC, C. A. T. *et al.* Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2014; p.2 [online]. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt\\_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf)>. Acesso em: 12 maio 2018

ENRIQUEZ, P. B. **Processo de trabalho e plano de atenção à população adscrita à Equipe de Saúde da Família Nova Pampulha II, município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais, em hipertensão arterial**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. 2018. Comunicação pessoal.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@ Ribeirão das Neves**. Brasília [online], 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ribeirao-das-neves/panorama>>. Acesso em: 26 mar. 2018.

LACSAÚD. Pressão alta: **A Hipertensão é uma doença que não tem cura,2017**. Disponível em: <<http://lacsaude.com.br/blog/pressao-alta-hipertensao/A>>. Acesso em: 20 maio 2018.

**LOPEZ, S. Prevenção dos fatores de risco da hipertensão arterial na comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família Vila Bispo de Maura.**

Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, 2018. Comunicação pessoal.

MALACHIAS, M.V.B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-6, sept. 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2016004800002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004800002&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 31 maio 2018.

MALTA, D. C. *et al.* Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. In: ROUQUAYROL M.Z., GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**, 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013. Cap. 14. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n4/1980-5497-rbepid-20-04-661.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf)>. Acesso em: 21 abr. 2018.

NORMAN, A.H. Estratégias da medicina preventiva de Geoffrey Rose. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 10, n. 34, p. 1-3, mar. 2015. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<http://www.rbmfcc.org.br/rbmfc/article/view/1092>>. Acesso em: 19 ago. 2018.

OLIVEIRA, T.L. *et al.* Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v.26, n.2,p.179-184.2013. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000200012&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000200012&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 25 abr. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Redes integradas de servicios de salud**: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: OPAS, 2011. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

REINERS. A.A.O, *et al.* Adesão ao tratamento de hipertensos da Atenção Básica. *Cienc Cuidado Saúde*. 2012; 11(3): 581. Apud RADOVANOVIC, C. A. T. *et al.* Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2014; p.2 [online]. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt\\_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf)>. Acesso em: 12 maio 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Síndrome metabólica**, 2016. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/sindrome-metabolica/>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC), **O que é sedentarismo?**, 2017. Disponível em:< [http ://www.bonde.com.br/saude/noticias/pesquisa-70-dos-brasileiros-sao-sedentarios-189383](http://www.bonde.com.br/saude/noticias/pesquisa-70-dos-brasileiros-sao-sedentarios-189383). >. Acesso em: 12 abr. 2018.