

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANISLEY PEREZ RODRIGUEZ**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DE  
ACOPANHAMENTO AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE  
FRUTAL**

**UBERABA - MINAS GERAIS**

**2015**

**ANISLEY PEREZ RODRIGUEZ**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DE ACOMPANHAMENTO AOS  
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE  
DA MICRORREGIÃO DE FRUTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal Minas Gerais, para a Obtenção de Certificado de Especialista.

Orientadora: Ms. Fernanda Carolina Camargo.

**UBERABA - MINAS GERAIS**

**2015**

**ANISLEY PEREZ RODRIGUEZ**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DE ACOMPANHAMENTO AOS  
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE  
DA MICRORREGIÃO DE FRUTAL**

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

Orientadora: Ms. Fernanda Carolina Camargo.

**UBERABA - MINAS GERAIS**

**2015**

**ANISLEY PEREZ RODRIGUEZ**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DE ACOMPANHAMENTO AOS  
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE  
DA MICRORREGIÃO DE FRUTAL**

**Banca examinadora:**

Ms. Fernanda Carolina Camargo CEABSF/UFTM ..... Orientadora

| [Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM](#)

| Aprovado em Uberaba/MG, ~~em~~ ~~de~~ ~~de 2015~~, ~~28~~ ~~de Janeiro de 2016~~.

## AGRADECIMENTOS

[N1] Comentário: Sugestão

Rever formatação

À minha mãe (*in memoriam*), pois a ela devo tudo quanto sou hoje;

À meu pai e meu irmão por me apoiar sempre;

Aos colegas da equipe UBS Dr Edison, por sua ajuda neste projeto;

Agradeço a todos os profissionais do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que ajudaram na pós-graduação em atenção básica.;

Aos colegas da turma e prezada tutora Fernanda Carolina por a sua dedicação conosco.

Formatado: Espaçamento entre linhas: 1,5 linhas

## RESUMO

Em uma equipe Saúde da Família da região de saúde de Frutal/MG, foi observado o aumento do número de mortes relacionadas ~~as~~ doenças cardiovasculares. A Análise da situação de saúde indicou relação desta situação com controle terapêutico ineficaz das pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica cadastradas nesta equipe. Objetiva-se apresentar proposta de intervenção para melhoria do acompanhamento das pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica da área de abrangência desta equipe Saúde da Família. Através da base conceitual do Planejamento Estratégico em Saúde foi evidenciado como principais nós-críticos que explicam o problema: a falta de informação sobre a doença, o estilo de vida, uso incorreto da medicação e desarticulação dos serviços de saúde. A proposta ~~de~~ intervenção considerou o desenvolvimento de operações para enfrentamento de cada nó-crítico. Espera-se que a implementação desta proposta possa garantir melhora na qualidade assistencial da equipe, resultando em pessoas com melhor controle pressóricos, bem como redução, ~~em~~ longo prazo, das complicações do agravo.

**Descritores:** Hipertensão. Estratégia Saúde da Família. Planejamento em Saúde.

## **ABSTRACT**

In a Family Health Team at health region of Frutal/ MG, noted the increasing number of deaths related to cardiovascular disease. Health situation analysis indicated compared this situation with ineffective therapeutic control of people with hypertension enrolled in this team. Report herein intervention proposal to improve the monitoring of people with hypertension the area covered by this Family Health Team. Through the conceptual basis of the Strategic Health Planning was evidenced as main-we critics who explain the problem: the lack of information about the disease, the lifestyle, misuse of medication and dislocation of health services. The proposed intervention considered the development operations for coping each node-critical. It is expected that implementation of this proposal to ensure improvement in service quality team, resulting in people with better blood pressure control, as well as a reduction in the long run, the grievance complications

**Descriptores:** Hypertension.Family Health Strategy. Health Planning.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b> Equipamentos sociais do município de Itapagipe/MG: igreja e fórum.	.....	12
<b>Quadro 1.</b> Classificação da pressão arterial para adultos.	.....	19
<b>Quadro 2.</b> Classe de anti-hipertensivos e suas indicações favoráveis.	.....	23
<b>Quadro 3.</b> Aspectos relacionados aos riscos cardiovasculares aumentados entre os portadores de Hipertensão cadastrados na equipe Dr Edison Rodriguez. Itapagipe/MG, 2014.	.....	25
<b>Quadro 4.</b> Detalhamento dos nós-críticos e desenho das operações da proposta de intervenção da equipe Saúde da Família Dr Edison Rodriguez. Itapagipe/MG, 2015.	.....	26



## LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

PA	Pressão arterial
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CV	Doença Cardiovascular
DIC	Doença Isquêmica do Coração
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa de Saúde da Família
SMS	Secretário Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	.....	11
2 JUSTIFICATIVA	.....	14
3 OBJETIVO	.....	15
4 CAMINHO METODOLÓGICO	.....	16
5 BASES CONCEITUAIS	.....	18
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	.....	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	.....	30
REFERÊNCIAS	.....	31

## 1 INTRODUÇÃO

A equipe de saúde da família Dr Edison Rodrigues está localizada no Município Itapagipe/MG. O município tem uma população de 13.697 habitantes. A área é de 1 802,4 km<sup>2</sup> e a densidade demográfica de 7,58 habitantes por quilômetro quadrado. Municípios limítrofes são Campina Verde a noroeste e Norte, Prata e Comendador Gomes nordeste Frutal a sudeste, os paulistas Paulo de Faria ,Riolandia ao sul e São Francisco de Sales ao oeste (IBGE, 2010).

A área de abrangência da equipe Saúde da Família Dr. Edison Rodrigues é composta por 1432 famílias, perfazendo população de 3706 habitantes. Sobre as condições de vida desta população, os principais postos de trabalho são na USINA, comercio e o trabalho nas fazendas. As principais causas de morte são: Doenças cardiovasculares, tais como Hipertensão Arterial e Infarto Agudo do miocárdio e Acidentes de transito (SIAB, 2014).

Sobre o saneamento básico perfaz cobertura 89% da população cadastrada e, há predomínio para toda população no abastecimento de água e luz elétrica. Observa-se que o analfabetismo não é elevado, existe principalmente entre os maiores de 50 anos, a grande maioria das crianças menores de 14 anos está nas escolas (SIAB, 2014).

Em relação aos equipamentos sociais, existe no município um Pronto Socorro, três clínicas, três laboratórios, de Apoio à saúde da família (NASF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Na prática cotidiana, observa-se dificuldades para encaminhamentos aos especialistas (há poucos especialistas, as agendas são longas) e para a contra-referência. Para a garantia de atendimento secundário e terciário, o município também integra consórcio intermunicipal de saúde (CNES, 2014).

Contam Itapagipe com uma escola de ensino fundamental, outra de ensino médio, três creches, três igrejas. Há distribuição de eletricidade e tratamento de água por serviço público. Como também correios e três serviços bancários.

[N2] Comentário: Sugestão

Identificar a quem está se referindo



**Figura 1.** Equipamentos sociais do município de Itapagipe/MG: igreja e fórum.

Quanto à localização, a unidade de saúde encontra-se no centro da cidade, de fácil acesso. O horário de funcionamento da unidade é das sete da manhã as cinco da tarde. A equipe de saúde é composta por dez agentes comunitários de saúde, dois técnicos de enfermagem, um cirurgião dentista e um auxiliar de saúde bucal, um médico clínico geral, uma psicóloga, uma fonoaudióloga e uma nutricionista. Para apoio terapêutico, esta unidade de saúde conta com especialistas semanais: cardiologista, neurologista e pediatra. Além de estar estruturada por recepção, sala de espera, dois consultórios, sala de triagem, consultório odontológico.

Em relação ao processo de trabalho, a maioria das atividades da equipe tem se destinado ao atendimento da puericultura, “preventivo” de câncer de mama e ginecológico, atendimento individual a hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) e acompanhamento e visita domiciliar.

Um dos problemas de saúde percebidos é que entre a população de 15 anos ou mais, 540 são hipertensos, sendo deles 202 com cardiopatia isquêmica. Segundo o registros de falecimentos, houve incremento de mortes relacionadas as doenças cardiovasculares, com aumento de sete óbitos por essa causa em relação ao ano anterior. Cada vez mais, há necessidade de início do tratamento medicamentos entre as pessoas portadoras de hipertensão arterial (SIAB, 2014).

Neste âmbito, o presente estudo objetiva apresentar projeto de intervenção para melhoria de acompanhamento aos portadores de hipertensão arterial desta unidade de saúde.

## 2 JUSTIFICATIVA

A importância do projeto de intervenção se justifica pois, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de óbito no país. Em Minas Gerais, as afecções do aparelho circulatório foram responsáveis por 30,65% dos óbitos, superando todas as outras causas, conforme constatado no SIM do Ministério da Saúde (MINAS GERAIS, 2013).

Na área de abrangência da equipe de saúde da família Dr Edison Rodrigues foi observado pessoas com risco cardiovascular aumentado, decorrente de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) frequentemente mal controlada. Além de apresentarem comorbidades como Diabetes Mellitus (DM) e Dislipidemias, muitas vezes associadas à obesidade, tabagismo, e sedentarismo. É recorrente o atendimento de alterações decorrentes a descompensação desse agravo na UPA do município.

É atribuição das equipes de Saúde da Família garantirem o manejo adequado das condições crônicas, em especial as mais prevalentes como HAS e Diabetes Mellitus. Pois, as condições crônicas mal controladas gerarão novos sintomas, complicações com o passar de tempo, agravando o quadro clínico do, resultando em última instância sobrecarga ao sistema de saúde, sequelas ou mortes evitáveis (FARIA *et.al.*, 2009; PIANCASTELLI; SPIRITO; FLISCH,, 2013)

Há de se acrescentar que estratégias de reordenação do processo de trabalho das equipes de saúde da família garantem impacto sobre o acompanhamento das pessoas portadoras do agravo em questão, evitando sequelas e otimizando o sistema de saúde local (FARIA *et.al.*, 2009). Acompanhar portadores de HAS de forma apropriada é muito mais do que apenas transcrever prescrições medicamentosas. Requer incremento de ações assistenciais que induzam à mudanças no estilo de vida. Neste âmbito, propõe-se o presente projeto de intervenção.

### 3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para a redução da morbimortalidade dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial na população da equipe Dr Edison Rodrigues, Itapagipe/MG.

#### Específicos:

1. Estabelecimento de grupos de risco de acordo com escore de Framingham.
2. Elaborar um plano de ação para melhorar o atendimento dos pacientes portadores com Hipertensão Arterial.
3. Avaliar os resultados do projeto de intervenção, que requer a medição e monitoramento dos indicadores correspondentes.



**[N3] Comentário:** Sugestão  
Inserir objetivos específicos

#### 4 CAMINHO METODOLÓGICO

A presente produção pretende apresentar abordagens preventivas à HAS, a serem incluídas na rotina assistencial de uma equipe Saúde da Família da microrregião de Frutal/MG. O cenário do estudo é a equipe Dr Edison Rodrigues, em Itapagipe/MG.

De forma geral, o caminho metodológico utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). A construção deste conteúdo parte da própria experiência da autora, de sua atuação junto a uma ESF, e imersão do cotidiano vivido do cenário de intervenção. Logo, a situação problematizada é aquela definida como uma situação passível de transformação.

A organização da proposta de intervenção apoia-se em informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2014) e do Sistema de informação de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos (SISHIPERDIA, 2012). Além de observação ativa da área e entrevista com informantes-chave (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

As estratégias delineadas na proposta de intervenção consistem na descrição de ações passíveis de serem implementadas na rotina assistencial para a abordagem deste grupo de risco. Em especial por terem sido elaboradas de forma coletiva. Por uma reunião de equipe, com a participação de lideranças formais como vereadores, o pastor da igreja, o diretor da escola e lideranças -não formais como treinador do time de futebol e treinador de dança, estabelecemos um grupo de problemas existentes na área de trabalho diante o método de estimativa rápida. Fato que garante ao projeto potencial favorável para a sua condução, por um processo participativo, que incluiu a mobilização e recursos da própria comunidade.

Por conseguinte, foi realizada uma discussão entre a realidade vivenciada e o conhecimento identificado na literatura contemporânea sobre acompanhamento aos portadores de HAS na Atenção Básica.



O levantamento bibliográfico teve como base eletrônica a Biblioteca Virtual em Saúde (<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>), publicações oficiais e documentos ministeriais brasileiros sobre o tema, dados do SIAB Secretaria Municipal de Uberaba, além de recorrer aos módulos específicos do CEABSF/UFMG). Utilizou-se como descritores para a busca das produções: Hipertensão; Estratégia Saúde da Família.

## 5 BASES CONCEITUAIS

Desde os anos de 19-60,1900 passou-se a dar valor crescente aos denominados fatores de risco para as doenças cardiovasculares: tabagismo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo, dislipidemias. Estes passaram a ser conhecidos como fatores de risco clássicos, estando os serviços de saúde instados a desenvolverem esforços para controlar esses fatores nas populações (ASSMANN; PAUL; HELMUT, 2002).

[N4] Comentário: Mudamos de século e assim, precisamos usar os 4 dígitos

De outro lado no mundo contemporâneo, o exercício físico representa um grande desafio para a sociedade. Inseridos na cultura do sedentarismo, consumismo desenfreado e escassez de tempo para se dedicarem à própria saúde, os indivíduos realizam cada vez menos hábitos de vida saudável tais como atividade física regular e alimentação balanceada. Isso contribui para que a morbidades e mortalidade das doenças cardiovasculares atinjam cada vez índice mais maiores (CARVALHO *et.al.*, 2012).

A melhoria das condições de vida, de trabalho e dos demais contextos de vida são capazes ~~capazes~~ é capaz de influenciar as taxas de mortalidade, em especial das doenças cardiovasculares.

Constata-se a importância da Estratégia da Saúde da Família para a implementação do cuidado integral às doenças crônicas, muitas vezes as equipes não têm apresentado um papel diferenciado neste sentido. São necessários esforços diferenciados na organização do trabalho, como a adesão às diretrizes clínicas acerca relativas ao estilo de vida (CARVALHO *et.al.*, 2012).

É consensual a importância de se investir na redução dos fatores de risco modificáveis para a redução da morbimortalidade das doenças cardiovasculares. Recomenda-se o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de estilos de vida mais saudáveis como estratégias para evitar o surgimento da doença, bem como a sua detecção precoce, reduzindo risco, complicações e incapacidade (BUSNELLO, 2001; CARVALHO *et.al.*, 2012; PIANCASTELLI; SPIRITO; FLISCH,, 2013).

Haja vista que, mesmo com uso de medicamentos, a baixa adesão ao regime terapêutico incluindo as medidas não farmacológicas constitui-se em importantes dificuldades para controlar a gravidade da doença (BUSNELLO, 2001). Portanto, orientações acerca de estilo saudáveis devem ser a meta das políticas públicas de saúde.

**Quadro1.** Classificação da pressão arterial para adultos.

Classificação da PA	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	> 180	> 110
Hipertensão sistólica isolada	> 140	< 90

— **Fonte:** Minas Gerais, 2013.

Neste âmbito, é essencial que a equipe de Saúde da Família atente-se para a promoção de um regime Terapêutico adequado. As orientações abaixo discriminadas amparam-se em diretrizes atuais sobre o tema (MINAS GERAIS, 2013; PIANCASTELLI; SPIRITO; FLISCH,, 2013)

- **Tratamento Não-Medicamentoso da Hipertensão Arterial:-**

Consiste em estratégias que visam mudar o estilo de vida e que podem levar à diminuição da dosagem dos medicamentos ou até mesmo à sua dispensa. O tratamento não-medicamentoso tem, como principal objetivo, diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial.

O tratamento não medicamentoso da hipertensão Está indicado a ~~todos~~ os hipertensos e ~~aos~~ indivíduos ~~mesmo que~~ normotensos, ~~mas~~ de alto risco cardiovascular. Dentre essas modificações, as que comprovadamente reduzem a pressão arterial são: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos com regularidade, e a não-utilização de drogas que elevam a pressão arterial.

**[N5] Comentário:** Sugestão Estabelecer uma relação entre essa frase e a anterior para melhorar o entendimento da oração-frase

**a) Redução e controle do peso**

A redução e/ou controle de peso das pessoas portadoras de HAS com excesso é medida de extrema eficácia. O objetivo é atingir uma circunferência abdominal adequada (inferior a 94 cm nos homens e 80 cm nas mulheres) e um índice de massa corporal (peso dividido pela a altura ao quadrado =  $P / H^2$ ) inferior a 25 kg/m<sup>2</sup>. A perda de 10 kg pode diminuir a pressão arterial sistólica em 5 a 20 mmHg, sendo a medida não-medicamentosa de melhor resultado. Uma dieta com baixa caloria e um aumento do gasto energético com atividades físicas, são fundamentais para a perda de peso.

As estratégias para o médico no controle e diminuição do peso do paciente são: a identificação desse índice e da dieta real do hipertenso, a fim de tomar conhecimento do que exatamente ele come e do que modificar; traçar objetivos de peso a curto, médio e longo prazo; orientá-lo a seguir as medidas associadas, explicadas a seguir, e providenciar apoio psicológico.

**b) Adequação do Padrão Alimentar**

O padrão alimentar adequado da dieta do hipertenso deverá ser pobre em sal e rica em potássio, magnésio e cálcio. A dieta pobre em sal (hipossódica), deverá restringir a ingestão diária de sal em 6 gramas (2,4 gramas de sódio), ou seja, 4 colheres rasas de café de sal para o preparo dos alimentos (4 gramas de sal), mais 2 gramas de sal próprio dos alimentos (evite: conservas, frios, enlatados, embutidos, molhos prontos, sopas de pacote, queijos amarelos, salgadinhos, etc.) .

O consumo de vinagre, limão, azeite de oliva, pimenta e ervas está permitido, pois estes alimentos não influenciam na pressão arterial. Uma dieta hipossódica pode

reduzir a pressão arterial sistólica em 2 a 8 mmHg. Uma dieta rica em potássio e magnésio poderá ser obtida através de uma ingesta rica de feijões, ervilhas, vegetais verdes escuros, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomates, batata inglesa e laranja.

O cálcio da dieta poderá ser obtido através de derivados do leite com baixo teor de gorduras, como o leite e o iogurte desnatados e os queijos brancos. Uma dieta, chamada de DASH, composta de frutas, verduras, fibras, alimentos integrais, leite desnatado, pobre em colesterol e gorduras saturadas, demonstrou ser capaz de reduzir a pressão arterial sistólica em 8 . Diminuição do Consumo de Sal O consumo não pode ultrapassar 6g de sal por dia, o que equivale a 100mL de sódio (4 colheres de chá). Para isso, devem ser ingeridos alimentos naturais, com pouco sal, e devem ser evitados enlatados, conservas, embutidos e defumados-.

**c) Redução e Controle no consumo de Álcool**

Diminuição do Consumo de Álcool\_- Na verdade, bebidas alcoólicas não são recomendadas, mas se o paciente for consumi-las, a orientação é que não ultrapasse 30g de etanol/dia para homens e 15g/dia para mulheres. O hipertenso deve evitar uma ingesta regular de bebidas alcoólicas e, quando isto ocorrer, esta ingesta deverá ser limitada a 30 gramas de etanol nos homens (700 ml de cerveja = 2 latas de 350 ml ou 300 ml de vinho = 2 taças de 150 ml ou 100 ml de destilado = 3 doses de 30 ml) e 15 gramas de etanol nas mulheres, ou seja, 50% da quantidade permitida para homens. A diminuição da ingesta excessiva de bebidas alcoólicas pode diminuir a pressão arterial sistólica em 2 a 4 mmHg .

**d) Cessar o Tabagismo**

Cessação do Hábito de Fumar O tabagismo aumenta muito o risco de complicações cardiovasculares em pacientes portadores de hipertensão arterial, logo, deverá ser abandonado. Abandono ao tabagismo, que pode ser imediato ou gradual, sendo esse último um tratamento (psicológico ou reposição de nicotina) .

**e) Prática regular de Atividades Físicas**

As pessoas sedentárias apresentam maior probabilidade de desenvolver hipertensão quando comparadas a pessoas fisicamente ativas. Das diversas

intervenções não medicamentosas, o exercício físico está associado a múltiplos benefícios. Bem planejado e orientado de forma correta, quanto a sua duração e intensidade, pode ter um efeito hipotensor importante.

Uma única sessão de exercício físico prolongado de baixa ou moderada intensidade provoca queda prolongada na pressão arterial. Tem sido amplamente demonstrado que o treinamento físico aeróbio provoca importantes alterações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular. Tem sido documentada por meio de estudos epidemiológicos uma associação entre o baixo nível de atividade física ou condicionamento físico com a presença de hipertensão arterial.

- Tratamento medicamentoso para a [Hipertensão Hipertensão](#) Arterial Sistêmica

Em geral, principalmente nos casos de hipertensão menos grave, o tratamento é iniciado com monoterapia e depois, com o passar do tempo e dependendo da resposta à terapêutica, quase sempre é necessária a adoção de terapias combinadas, envolvendo dois ou mais agentes anti-hipertensivos com diferentes mecanismos de ação.

Com base em evidências de estudos recentes, mostrando que em cerca de dois terços dos casos a monoterapia não foi suficiente para atingir as reduções pressóricas previstas, há uma clara tendência atual para a introdução mais precoce de terapêutica combinada de anti-hipertensivos, até mesmo como primeira medida farmacológica para pacientes com hipertensão em estágio 2.

O esquema anti-hipertensivo instituído deve, evidentemente, manter a qualidade de vida do paciente em padrões adequados, de modo a estimular a adesão do paciente às recomendações médicas. É importante salientar que um número substancial de pacientes hipertensos acaba abandonando o tratamento depois de alguns meses, em função de vários fatores ligados a problemas financeiros ou de falta de informação sobre a importância da manutenção do tratamento pelo resto da vida.

**Quadro 2.** Classe de anti-hipertensivos e suas indicações favoráveis.

<b>Classe de anti-hipertensivos</b>	<b>Indicações favoráveis</b>
Antagonistas do cálcio	Idosos (> 65 anos), angina de peito, HAS sistólica
Alfa-bloqueadores	Hiperplasia benigna próstata
Beta-bloqueadores	Infarto prévio, angina de peito, taquiarritmias, ICC
Inibidores da ECA	Insuficiência cardíaca, disfunção VE, pós-infarto, nefropatia diabética tipo 1, pós-AVC, DRC, proteinúria
Diuréticos tiazídicos	Idosos, HAS sistólica, pós-AVC

**Fonte:** Minas Gerais, 2013.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

### a) Primeiro Passo: Definição dos Problemas

O processo de construção do projeto de intervenção foi guiado pela análise do diagnóstico situacional, através de bancos de dados, informações da própria equipe e observação ativa da área de abrangência, bem como do funcionamento da UBS.

### b) Segundo Passo: Priorização dos Problemas

A equipe de Saúde da Família, após a análise do diagnóstico situacional, concluiu que os principais problemas da área de abrangência foram ( em ordem de prioridade conforme gravidade, magnitude, resolatividade e capacidade de confronto) :

1. Aumento da morbimortalidade por Hipertensão arterial descompensada.
2. Elevada prevalência de diabetes mellitus e suas complicações.
3. Elevada prevalência de problemas de saúde mental pela não adesão terapêutica.
4. Elevada incidência de Gravidez precoce.
5. Elevada frequência de fumantes e consumo de álcool.
6. Alto índice de drogas ilícitas.

### c) Descrição do Problema Selecionado

O aumento da morbimortalidade por hipertensão arterial mal controlada na população cadastrada acompanhada pela equipe Saúde da Família Dr. Edison Rodrigues foi problema priorizado. Foi observado, conforme relatórios da equipe que 23,8 % da população maior de 15 anos, têm risco cardiovascular aumentado (SIAB, 2014).



**Quadro 3.** Aspectos relacionados aos riscos cardiovasculares aumentados entre os portadores de Hipertensão cadastrados na equipe Dr Edison Rodriguez. Itapagipe/MG, 2015.

DESCRITORES	ESPERADOS	CADASTRADOS	ACOMPANHADOS
HIPERTENSOS	1010	740	321
DIABETICOS	280	112	58
INTERNAÇÕES POR DCV	-	25	11

Fonte: SIAB\_(2014)

#### d) Explicação do Problema Selecionado

A população é composta por um grande número de adulto, os quais, em grande parte, fazem uso de medicação para controle de doenças crônicas. Durante a renovação de receitas em que também é possível a análise dos prontuários, foi identificado um número relativamente grande de pacientes em uso de medicação que não comparecem em consulta médica há um longo período. Percebe-se que muitas dessas pessoas que estão sem o devido acompanhamento médico não o procuram, em especial, pela falta de informação quanto à importância do controle das doenças crônicas e suas consequências.

#### e) Seleção dos nós-críticos

Foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados ao elevado número de pacientes com hipertensão arterial, frequentemente descontroladas.

1. Desconhecimento ou a falta de informação dos pacientes em relação à sua doença.
2. Modo e Estilos de vida.

3. O uso incorreto da medicação o nao adesão terapêutica dos pacientes; Automedicação muito difundida na população pode produzir diferentes reações adversas.

4. Estrutura dos Serviços de Saúde que ainda não garantem os medicamentos necessários para o tratamento dos pacientes, exames e consultas com especialidades.

#### f) Desenho das Operações

**Quadro 4.** Detalhamento dos nós-críticos e desenho das operações da proposta de intervenção da equipe Saúde da Família Dr Edison Rodriguez. Itapagipe/MG, 2015.

Formatado: Português (Brasil)

Nós-críticos	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Nível de informação dos pacientes.	<b>Saber+</b> Aumentar o nível de informação dos pacientes	Pacientes muito mais informados	Campanha na televisão de prevenção. Avaliação de <u>conhecimentos</u>	<i>Cognitivo-</i> +informação sobre estratégias de comunicação <i>Político-</i> intersectorialidade Espaços de radio <i>Organizacional-</i> agendas organizadas em função do problema.
Modos e estilos de vida.	<b>+saúde</b> Modificar estilos de vidas.	Disminuir a incidencia de pctes hipertensos.	Campanha na televisão,radio,palestras	<i>Cognitivo-</i> +informação da doença. <i>Organizacional-</i> para exercicios,grupos de hipertensos Financie-apoio para propagandas ,boletos,exposições. <i>Político-</i> intersectorialidade ,procurar locais

**Quadro 4.** Detalhamento dos nós-críticos e deesenho das operações da proposta de intervenção da equipe Saúde da Família Dr Edison Rodriguez. Itapagipe/MG, 2015 (*Continuação*).

Nós-críticos	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Uso incorreto da medicação/automedicação	<p><b>+ conhecimento da doença/compliações.</b></p> <p>Educar/consentir ao paciente</p>	Cumprimento do tratamento médico para evitar as complicações	Avaliação Cimento.palestras	<p><i>Cognitivo</i>-+informação da importância do uso da medicação.</p> <p><i>Politico</i>-intersectorialidade</p> <p><i>Organizacional</i>-para palestras,boletos</p> <p>Financie-para local,boletos</p>
Estrutura dos serviços de saúde que não garantem os medicamentos necessários/exames e consultas com os especialistas	<p><b>Cuidar melhor</b></p> <p>Melhorar o funcionamento dos serviços de saúde.</p> <p>Garantir interconsultas necessárias aos pacientes hipertensos.</p>	Garantia de exames e interconsultas	Compra do equipamento necessário para os exames, capacitações de pessoas	<p><i>Organizacional</i>-<del>tedos</del> em função do objetivo</p> <p><i>Politico</i>-apoio na compra de equipamento de exames.local</p> <p><i>Financeiro</i>-aumento do número de exames e consultas.</p>

Fonte: autor, 2016

Fonte Anisley Perez 2016

[N6] Comentário: Sugestão

Rever a disposição do quadro visando dar melhor visibilidade, logo, entendimento do conteúdo

### **g) Gestão das Operações**

A gestão do plano possibilita o acompanhamento, discussão, reorientação das ações, se necessário. Pretende-se com este plano uma estratificação da população hipertensa cadastrada quanto ao risco cardiovascular. Outra ação é aumentar o nível de informação das pessoas portadoras de hipertensão sobre o manejo de seu tratamento, como também capacitar os profissionais de saúde para oferecer serviços de qualidade.

Sendo assim, será realizado um acompanhamento do plano de ação, através de atividade semanais e mensais. Será criada uma lista de presença, além de ser realizada uma reunião da equipe mensal para discussão das atividades desenvolvidas e da capacitação. O projeto de intervenção proposto foi a criação de um Grupo de Hipertensos na equipe da UBS Edison Rodrigues. Dentre as competências da atenção primária, a saúde, de acordo com a estratificação do hipertenso para seu risco cardiovascular global encontram-se a realização de promoção à saúde e prevenção de complicações bem como realizar o tratamento e acompanhamento dos pacientes cadastrados por meio de consultas multiprofissionais e grupos operativos (MINAS GERAIS, 2013; PIANCASTELLI; SPIRITO; FLISCH, 2013).

As propostas da formação do grupo de hipertensos são estratégias que visam o controle adequado da pressão arterial. Além do mais, os grupos apoiam mudanças de estilo de vida, bem como conferem a adesão ao tratamento. Como a Unidade não tem estrutura física para o desenvolvimento de atividades de grupo será necessária a utilização de um ambiente externo.

As pessoas portadoras de hipertensão cadastradas no ESF serão convidadas a participarem do grupo operativo semanalmente. Nessa reunião, serão pesados, terão pressão arterial, glicemia capilar e circunferência abdominal aferida, receberão orientações da nutricionista e da enfermagem. Terão suas consultas médicas

agendadas para o mesmo dia, para que tenham os exames necessários solicitados e instituição de tratamento e acompanhamento de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, e publicado nos Cadernos de Atenção Primária relativos a Hipertensão Arterial Sistêmica .

Assim que seja proposta a classificação dos riscos de eventos cardiovasculares será afixada aos prontuários junto ao nome do paciente de acordo com o grau de risco (baixo, moderado ou alto).

Por conseguinte, o agendamento das próximas consultas se dará em conformidade com a prioridade encontrada na estratificação. Assim, os integrantes do grupo de alto risco terão consultas trimestrais para controle pressórico e glicêmico adequado bem como intervenção precoce em caso de complicações micro e macro vasculares ao identificá-las e encaminhar o paciente para outro nível de complexidade. Os de médios riscos inicialmente terão controle agendado semestralmente e os de baixo risco, anual e sempre que for identificada a necessidade durante os encontros.

#### Indicadores para monitoramento

- - Implantação do Grupo Educativo
- - % da população portadora de hipertensão cadastrada com o risco estratificado
- - % da população portadora de hipertensão cadastrada com plano terapêutico para consultas médicas e exames
- -% população portadora de hipertensão cadastrada participante das atividades educativas em Grupo

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É um agravo à saúde de extrema magnitude a HAS. Neste contexto, os serviços de saúde precisam desenvolver estratégias assistenciais que possam melhorar a qualidade do atendimento dos usuários e, conseqüente qualidade de vida às pessoas acompanhadas.

As doenças crônicas não transmissíveis como a Hipertensão Arterial Sistêmica são de alta prevalência na atenção básica e passíveis de diagnóstico precoce e controle da evolução por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Ao estratificar o risco cardiovascular dos pacientes cadastrados na ESF e estabelecer grupos de risco pode-se intervir de forma correta, ordenada e com um respaldo científico para reduzir o número de internações por complicações cardiovasculares, bem como a morbimortalidade causada pelas mesmas, interferindo na qualidade de vida desses pacientes.

Espera-se que a implementação desta proposta possa garantir melhora na qualidade assistencial da equipe, resultando em pessoas com melhor controle pressóricos, bem como redução, ema longo prazo, das complicações do agravo.

## REFERÊNCIAS

- ASSMANN, G. ; PAUL, C.; HELMUNT,S. simple scoring scheme for calculating the risk of acute coronary event based on the 10-year follow-up the prospective cardiovascular Muster(PROCAM) **Study.circulation**.v.10, p. :310-5,2002.
- BUSNELLO, R.G. *et al.* Características Associadas ao Abandono do Acompanhamento de Pacientes Hipertensos Atendidos em um Ambulatório de Referência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.76, n.5, p.349-351. 2001
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.
- CARVALHO, A.L.M *et al.*. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n.7, p.1885-1892. 2012.
- CNES. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 02 maio 2014.
- FARIA, H.P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68p.
- IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** – cidades, informações sobre os municípios . 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 12 jun 2014.
- MENDES, E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**. v.27, n.78, p.27-34. 2013.
- MINAS GERAIS. **Linha Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Crônica Renal**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2013
- PIANCASTELLI, C. H.; SPIRITO, G. C.; FLISCH, T.M.P. **Saúde do Adulto**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 183p.
- SISHIPERDIA. Datasus. **Apresentação do Sistema de Informação**. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em 20 dez 2013.
- SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB). Secretaria de Saúde de Itapagipe/MG. **Relatório Consolidado da Equipe**. ESF Dr Edison Rodrigues. 2014 (impresso).

