

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**Fernanda Érica Lopes Da Silva**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DA POPULAÇÃO ADSCRITA A  
EQUIPE DOIS DO CENTRO DE SAÚDE DOM JOAQUIM**

**BELO HORIZONTE**

**2021**

**FERNANDA ÉRICA LOPES DA SILVA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONTROLE  
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DA POPULAÇÃO  
ADSCRITA A EQUIPE DOIS DO CENTRO DE SAÚDE DOM  
JOAQUIM**

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

Orientador: Professor Dr. Christian  
Emmanuel Torres Cabido

**BELOHORIZONTE**

2021

**FERNANDA ÉRICA LOPES DA SILVA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONTROLE  
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DA POPULAÇÃO  
ADSCRITA A EQUIPE DOIS DO CENTRO DE SAÚDE DOM  
JOAQUIM**

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

Orientador: Professor Dr. Christian Emmanuel Torres Cabido

Banca examinadora

Professor Dr. Christian Emmanuel Torres Cabido - UFMA

Professora Dra. Helisamara Mota Guedes- UFVJM

Aprovado em Belo Horizonte, em 20 de fevereiro de 2021

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Deus por mais uma etapa concluída.

Aos meus pais, Antônio e Almerinda, agradeço incentivo e apoio em minha formação.

Agradeço à minha filha, Ana Luísa, pela compreensão das minhas ausências devido aos estudos.

Agradeço aos amigos que me incentivaram a buscar novos conhecimentos e que colaboraram nos estudos e nas tarefas.

Agradeço aos profissionais da Equipe Dois de Saúde da família do Centro de Saúde Dom Joaquim pela disponibilidade e apoio nessa jornada.

Agradeço ao orientador e tutores que colaboraram e apoiaram nesse percurso.

## RESUMO

No Brasil, o número de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é crescente. Essa elevação na incidência é causada por muitos fatores incluindo a adoção de hábitos de vida inadequados e a baixa adesão ao tratamento prescrito. Após diagnóstico situacional na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família da Equipe Dois da Unidade Básica de Saúde Dom Joaquim do município de Belo Horizonte, MG, verificou-se elevado número de hipertensos com controle inadequado da doença. Assim, o objetivo desse trabalho é elaborar um projeto de intervenção para melhorar o controle da HAS nessa população. A metodologia abordada foi realizada em três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e plano de intervenção. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: hábitos de vida inadequados e baixa adesão ao tratamento prescrito. Após seleção dos nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: elaboração do projeto “Mais Saúde” com o intuito de promover a corresponsabilização do cuidado com conscientização de um estilo de vida saudável e o projeto “Cuidar”, que visa desenvolver maior conhecimento sobre o tratamento medicamentoso da doença. Dessa forma, verificamos a necessidade da elaboração de grupos operativos coordenados por uma equipe multidisciplinar com ações para a promoção de mudança de hábitos de vida e de estímulo a adesão ao tratamento prescrito diminuindo os impactos na saúde do usuário e aumentando sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Atenção Primária de Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. Doenças crônicas não transmissíveis.

## **ABSTRACT**

In Brazil, there is a crescent number of patients with Systemic Arterial Hypertension (SAH). This growth is caused by many factors including inappropriate lifestyle habits and low adherence to the prescribed treatment. After a situational diagnosis in the area covered by Team Two of Family Health Strategy from the Basic Health Unit Dom Joaquim in the city of Belo Horizonte, MG, a high number of patients with inadequate control of hypertension was verified. Therefore, this work aims at developing an intervention project to achieve better control of SAH. The methodology was carried out in three stages: situational diagnosis, literature review and intervention plan. In this study, the following critical nodes were selected: inadequate lifestyle and low attachment to the prescribed treatment. After the selection of critical nodes, the following coping actions were proposed: development of "Mais Saúde" (More Health) project in order to promote the co-responsibilization of treatment as well as to raise awareness of healthy lifestyle; and also, the "Cuidar" (Take Care) project with the goal of developing further knowledge on the drug treatment of the condition. Hence, the need for the elaboration of operational groups coordinated by a multidisciplinary team was verified with actions to promote changes in lifestyle and encourage adherence to the prescribed treatment, reducing the impacts on the patient health and increasing his quality of life.

Keywords: Primary Health Care. Hypertension. Chronic non-communicable diseases.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CSDJ	Centro de Saúde Dom Joaquim
DCNT's	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IVS	Índice de Vulnerabilidade em Saúde
NASF- AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PA	Pressão Arterial
PIB	Produto Interno Bruto
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Agenda da Equipe Dois da Unidade Básica de Saúde Dom Joaquim, Belo Horizonte.	<b>13</b>
Quadro 2- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Dois, Unidade Básica de Saúde Dom Joaquim, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.	<b>15</b>
Quadro 3- Descritores do Problema Priorizado.	
Quadro 4- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1: hábitos de vida inadequados” relacionado ao problema “Prevalência e Descontrole da HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dois, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.	<b>25</b> <b>27</b>
Quadro 5- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2: Baixa Adesão ao Tratamento Prescrito” relacionado ao problema “Prevalência e Descontrole da HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dois, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.	<b>28</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
1.1 Aspectos gerais do município	10
1.2 Sistema Municipal de saúde	11
1.3 Aspectos da Comunidade Dom Joaquim	11
1.4 A Unidade Básica de Saúde Dom Joaquim	12
1.5 A Equipe de Saúde da Família Dois, da Unidade Básica de Saúde Dom Joaquim	13
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Dois	13
1.7 O dia a dia da equipe Dois	14
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	14
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	15
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>16</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>17</b>
3.1 Objetivo geral	17
3.2 Objetivos específicos	17
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>18</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>19</b>
5.1 Atenção Primária à Saúde	19
5.2 Estratégia Saúde da Família	19
5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica	20
5.4 Tratamento Não Medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica	21
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>25</b>
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	25
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	26
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	26
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	26
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>30</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

Belo Horizonte é a capital do estado de Minas Gerais, estando situada na região sudeste do Brasil. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no censo de 2020, Belo Horizonte tinha uma população estimada de 2.521.564 pessoas (IBGE, 2020). Houve uma mudança na estrutura demográfica de Belo Horizonte com diminuição significativa da população infantil e aumento da população adulta e idosa. Essa transformação caracteriza o chamado “bônus demográfico” no município, no qual há um grande contingente de pessoas em idade produtiva e um menor número de idosos e crianças, o que favorece o crescimento econômico (BELO HORIZONTE, 2018).

Quanto às questões relacionadas à economia, Belo Horizonte ocupa a 56ª posição no ranking dos municípios brasileiros em termos de produto interno bruto (PIB), com participação de 1,52% no PIB nacional (IBGE, 2020). Em 2020, a média salarial mensal era de 3,6 salários-mínimos. O percentual de pessoas exercendo uma atividade laboral era de 58,2% da população total (IBGE, 2020).

Belo Horizonte apresenta 96,2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 82,7% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 44,2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2020). A cidade é subdividida em nove áreas administrativas regionais, que são: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste Pampulha e Venda Nova. Essa estrutura deu origem às nove regionais – elementos fundamentais na territorialização da saúde (BELO HORIZONTE, 2018).

O índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS) divide a população de Belo Horizonte em quatro categorias de vulnerabilidade e o percentual de pessoas classificadas na categoria de baixo IVS aumentou quase 11% em 14 anos, e a categoria de IVS

muito elevado diminuiu 5%, o que demonstra uma melhora nas condições socioeconômicas e de saneamento da cidade (BELO HORIZONTE, 2018).

## 1.2 Sistema municipal de saúde

Em Belo Horizonte, a gestão do sistema de saúde acontece em rede. O primeiro contato do usuário a esse serviço é, preferencialmente, através da Atenção Primária à Saúde (APS), que consegue resolver grande parte das demandas da população. Belo Horizonte possui 152 centros de saúde, 77 academias da Cidade e 9 centros de convivência (BELO HORIZONTE, 2018).

A gestão em rede atua com os propósitos norteadores de cuidado integral centrado no indivíduo. Sua coordenação é realizada pela APS, que considera as disparidades de determinada população e garante o acesso aos diferentes tipos de serviço de saúde disponibilizados (BELO HORIZONTE, 2018). A organização do sistema de saúde em rede passa por todos os níveis de atenção e garante a produção, a coordenação e a gestão do cuidado com o planejamento e priorização da situação demográfica e epidemiológica de cada território, garantido, dessa forma, a efetividade de suas ações e serviços (BELO HORIZONTE, 2018). A rede de atenção à saúde em Belo Horizonte acontece de forma híbrida, com a concentração dos serviços de maior densidade tecnológica em hospitais e a dispersão dos serviços de menor densidade na APS (BELO HORIZONTE, 2018).

## 1.3 Aspectos da comunidade Dom Joaquim

A Equipe Dois de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Centro de Saúde Dom Joaquim (CSDJ) está localizada na região Nordeste de Belo Horizonte. Ela é responsável pela cobertura da área de médio risco e conta com 4854 usuários com endereço vinculado. Sua área de abrangência é delimitada pela Avenida José Cândido da Silveira e as ruas Lauro Gomes Vidal, Rua Queluzita e Rua Apolônia.

Boa parte da área da região Nordeste era formada por fazendas tranquilas e grandes áreas verdes. O bairro Dom Joaquim surgiu por volta de 1960 quando as terras de umas antigas fazendas foram loteadas e seus terrenos vendidos. A antiga

sede da fazenda São João Batista se tornou um importante shopping da região (ARREGUY; RIBEIRO, 2008). A região é bem estruturada possuindo saneamento básico, comércio, uma escola estadual e uma municipal. A região conta, ainda, com a Associação Comunitária do Bairro Dom Joaquim que oferece atividades culturais, esportivas e de lazer sendo esse espaço também utilizado para as atividades da Academia da Saúde Dom Joaquim.

#### 1.4 A Unidade Básica de Saúde Dom Joaquim

O CSDJ localiza-se na Avenida Joaquim José Diniz, 200, bairro Fernão Dias. Sua área de abrangência compreende partes dos bairros Dom Joaquim, Fernão Dias e Penha, na regional Nordeste de Belo Horizonte. A área total do Centro de Saúde Dom Joaquim compreende uma área de baixo risco, e uma área de médio risco. O acesso da população adscrita é feita através de demanda espontânea para os usuários moradores da área de baixo risco e através de demanda programada para os usuários moradores da área de médio risco. O centro de saúde conta com um gerente local que orienta o processo de trabalho e assegura o cumprimento dos atributos de qualidade do serviço.

O CSDJ possui as seguintes repartições:

- Recepção: local destinado à recepção dos pacientes com prestação de informações, agendamentos de exames e realização de encaminhamentos a outros serviços e especialidades. Na recepção se encontram os prontuários físicos dos usuários.
- Sala de acolhimento: atendimento das demandas espontâneas e casos agudos, com administração de medicamentos.  
Farmácia: armazena e distribui medicamentos.
- Consultórios: são no total seis consultórios, destinados às consultas médicas, consultas e enfermagem e atendimento pela equipe O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).
- Sala de curativo: realização de curativos de feridas agudas e crônicas, além da retirada de pontos.
- Sala de vacinas: armazenamento e administração de vacinas, além de campanhas de vacinação.
- Consultórios de odontologia.

- Sala de reunião.
- Cozinha.
- Banheiros.
- Sala de administração.
- Sala de gerência.

### 1.5 A Equipe de Saúde da Família Dois, da Unidade Básica de Saúde Dom Joaquim

A Equipe Dois de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde (UBS) Dom Joaquim, atualmente, é composta por um médico de 40 horas, uma enfermeira de 40 horas, uma técnica de enfermagem 40 horas, cinco agentes comunitárias de saúde de 40 horas, uma dentista 40 horas e uma técnica em saúde bucal.

### 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Dois

O CSDJ funciona das 7:00 as 18:00 horas. Sendo que a farmácia funciona de 7:00 as 18:00, a sala de vacina de 7:30 as 17:00 e a aferição de pressão arterial (PA) das 9:00 as 18:00 horas. A Equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde Dom Joaquim presta atendimentos médicos agendados aos pacientes da área de abrangência (quadro 1).

### **Quadro 1. Agenda da Equipe Dois da Unidade Básica de Saúde Dom Joaquim, Belo Horizonte.**

	<b>Manhã</b>	<b>Tarde</b>
Segunda- feira	07h30 – 12h00: Atendimento médico	3h30 – 15h30: visita domiciliar 15h30 – 18h00: puericultura
Terça-feira	07h30 – 11h00: Atendimento médico 11h00 – 12h00: Renovação de receitas	13h30 – 18h00: Atendimento médico verificação de exames.
Quarta-feira	07h30 – 12h00: Atendimento médico	13h30 – 18h00: Atendimento médico
Quinta-feira	07h30 – 11h00: Atendimento médico 11h00 – 12h00: Renovação de receitas e exames	Médico não está na unidade
Sexta-feira	07h30 – 10h00: Atendimento médico 10h00 – 12h00: Reunião de equipe/matriciamento	13h30 – 18h00: Atendimento médico

Fonte: Equipe de Saúde Dois (2019).

### 1.7 O dia a dia da Equipe Dois

A Equipe Dois realiza atendimentos da demanda programada, geralmente, consultas para usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's) e atendimentos da demanda espontânea, geralmente casos agudos. O usuário para atendimento, em caso de demanda programada, passa na recepção com seu documento. Lá ele é recepcionado e seu prontuário físico separado e entregue para o médico da equipe. Caso o usuário chegue por demanda espontânea ele deixa seu nome na recepção e, por ordem de chegada, é acolhido pelo enfermeiro e encaixado na agenda de acordo com a gravidade do seu quadro. Ficando intercaladas consultas programadas e consultas de demanda espontânea.

As atividades de educação em saúde e de educação permanente acontecem durante as reuniões de equipe ou em momentos agendados com a presença de outros profissionais com atualizações de normativas e protocolos, por exemplo. Os casos que demandam visitas domiciliares são discutidos nas reuniões de equipe e de acordo com a prioridade são agendadas e realizadas pelo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS).

Os trabalhos com grupos são realizados pela equipe com apoio do NASF-AB. A Equipe Dois e o polo cinco do NASF-AB realizam grupos operativos de cessação do tabagismo, grupo exercício físico para o idoso, dentre outros, além de ações em datas pontuais como, por exemplo, outubro rosa, novembro azul. A educação em saúde também é realizada nas ações do profissional de educação física no espaço da Academia da Cidade que atende a população da área de abrangência do Centro de Saúde. O planejamento e a avaliação das ações a serem ofertadas à população são construídos com toda a equipe nas reuniões de equipe e de matriciamento.

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

A população da área de abrangência da Equipe Dois tem como principais problemas de saúde as DCNT's.

- Hipertensão.
- Diabetes.
- Dislipidemia.
- Obesidade/ sobrepeso.

1.9 Priorização dos problemas - a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

No quadro 2 apresentamos os problemas identificados pela Equipe de Saúde 2. Esses problemas foram analisados seguindo os critérios de importância (alta, média ou baixa), urgência (pontuação de 0 a 30), capacidade de enfrentamento (total, parcial ou fora), e foram organizados seguindo sua prioridade.

Quadro 2- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Dois, Unidade Básica de Saúde Dom Joaquim, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância *	Urgência **	Capacidade de enfrentamento ***	Seleção/ Priorização ****
Hipertensão Arterial	Alta	10	Parcial	1
Diabetes	Alta	7	Parcial	2
Dislipidemia	Alta	7	Parcial	3
Obesidade/sobrepeso	Alta	6	Parcial	4

Fonte: Equipe de Saúde Dois (2019).

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

## 2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), em muitos casos, não apresenta sintomas ocasionando, em muitas situações, um subdiagnóstico, um tratamento inadequado e uma baixa adesão ao seu tratamento. A adoção de um estilo de vida não saudável leva a um aumento da incidência e da prevalência HAS além de tornar o seu controle mais difícil. Já a adoção de hábitos de vida saudáveis é essencial na prevenção dessa doença e contribui positivamente ao tratamento medicamentoso, tornando-o mais eficaz (BELO HORIZONTE, 2011).

Um número expressivo de usuários atendidos pela Equipe Dois possui HAS. Os picos hipertensivos dos usuários e a escuta qualificada demonstram a baixa adesão ao tratamento medicamentoso e resistência a mudanças de hábitos de vida. Dessa forma, percebemos a necessidade de um plano de ação para minimizar esse problema e proporcionar um maior controle da pressão arterial e, conseqüentemente, uma melhora na qualidade de vida dos usuários.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar o controle da HAS dos usuários atendidos pela Equipe de Saúde Dois da Unidade Básica de Saúde Dom Joaquim em Belo Horizonte, Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Realizar ações que desenvolvam a corresponsabilização do cuidado com conscientização de um estilo de vida saudável.

Realizar ações que desenvolva um maior conhecimento sobre a HAS e seu tratamento.

## 4 METODOLOGIA

Para a elaboração desse trabalho foi realizado um plano de intervenção para melhor controle e adesão ao tratamento da HAS na Unidade Básica de Saúde Dom Joaquim do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, onde atua a Equipe de Saúde da Família Dois. Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional, conforme o módulo de Planejamento, Avaliação e Programação em Saúde, para estimativa rápida dos problemas observados de acordo com Faria, Campos e Santos (2018).

Os problemas encontrados na área de abrangência da Equipe de Saúde Dois foram levantados e o problema prioritário foi definido junto a Equipe. Foram selecionados os atores responsáveis pelos recursos críticos e as operações necessárias para atingir os objetivos.

Para fundamentar a parte teórica do trabalho foram realizadas buscas de trabalhos científicos nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) dados de documentos de órgãos públicos (Ministério da Saúde e demais, secretarias, etc.) e das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. Para busca, foram utilizadas as palavras chaves: saúde da família, hipertensão arterial sistêmica, educação em saúde e qualidade de vida, projeto de intervenção. Os referenciais identificados subsidiaram a construção do projeto dando-lhe consistência teórica.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Atenção Primária à Saúde

O sistema de saúde no Brasil é organizado em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. A política da APS realiza os serviços de menor densidade tecnológica e contribui para o fortalecimento das redes de atenção nos diferentes ciclos de vida e em diferentes temáticas, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade e engloba ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, com o intuito de alcançar a integralidade do cuidado (BELO HORIZONTE, 2018).

A APS considera as necessidades de determinado território e com ações multiprofissionais busca a integralidade do cuidado, o desenvolvimento do vínculo com os usuários e a corresponsabilização pela atenção/resolução dos problemas de saúde da população do território. É coordenadora do cuidado e tem por característica a comunicação e a organização das ações e dos fluxos dos usuários entre os demais níveis de atenção (BELO HORIZONTE, 2018).

### 5.2 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem por objetivo a reorganização da atenção básica. Ela vem como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica ampliando a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional estando presentes, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ ou técnico

em saúde bucal (BRASIL, 2012). As equipes NASF-AB são apoiadoras das equipes ESF e participam na abordagem do processo de saúde e doença da população.

### 5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica

Dados brasileiros indicam que em 2004, as DCNT's foram responsáveis por 62% das mortes e 39% das internações do SUS (BELO HORIZONTE, 2011). Essas doenças compreendem as doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crônicas e câncer. Uma das doenças cardiovasculares que ocorre com mais frequência a HAS pode desencadear doença renal crônica, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (BELO HORIZONTE, 2011).

É considerada como HAS a elevação sustentada da PA com o valor maior ou igual 140 e/ou 90 mmHg. Essa doença é de condição clínica multifatorial e, muitas vezes, está associada com distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (BARROSO *et al.*, 2020). Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em 2019, apontam Belo Horizonte com 25,8% de adultos ( $\geq 18$  anos) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial (VIGITEL, 2019).

Para o controle da HAS temos o tratamento medicamentoso, que exista indicação, o paciente deverá ser orientado sobre a importância do uso contínuo, da eventual necessidade de ajuste de doses, da troca ou associação de medicamentos e ainda do eventual aparecimento de efeitos adversos (BARROSO *et al.*, 2020). Em Belo Horizonte, 86,4% de adultos com hipertensão arterial ( $\geq 18$  anos) referiram tratamento medicamentoso da doença (VIGITEL, 2019). Também é possível controlar a HAS através de um tratamento não medicamentoso. Esse tratamento envolve modificações no estilo de vida. A introdução de hábitos saudáveis diminui a incidência e a prevalência da HAS facilitando seu controle e é de fundamental importância nos casos em que o tratamento medicamentoso é indicado, pois tornará esse tratamento mais eficaz (BELO HORIZONTE, 2011).

Devido ao curso assintomático, na maioria dos casos, ao subdiagnóstico, ao tratamento inadequado, além da baixa adesão ao tratamento por parte dos pacientes o controle da HAS é geralmente insatisfatório (BELO HORIZONTE, 2011).

A adesão ao tratamento se define pela conformidade entre a prescrição e recomendações da equipe de saúde e entre a execução pelo paciente do que foi acordado com relação ao cuidado frente a sua doença (BELO HORIZONTE, 2011). Sendo caracterizada pelo uso de menos de 80% da medicação prescrita ou quando o uso de medicamentos ultrapassa o que foi prescrito podendo desencadear o aumento de lesões em órgãos-alvo e da morbimortalidade cardiovascular (BARROSO *et al.*, 2020). As principais causas da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo são: o tratamento a longo prazo; o baixo nível socioeconômico; a relação com a equipe de saúde; ausência de sintomas provocados pela HAS; a complexidade dos esquemas medicamentosos e suas interações indesejadas; o esquecimento do uso do medicamento e a baixa conscientização sobre o autocuidado (BARROSO *et al.*, 2020).

Para alcançar uma melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo sugere-se o envolvimento de uma equipe multidisciplinar para o cuidado do paciente hipertenso, elaboração de esquema posológico com menor complexidade e com a prescrição da menor dose possível e ações de educação em saúde com enfoque sobre as características da doença, seu tratamento e orientações sobre a auto medida da PA (BARROSO *et al.*, 2020).

#### 5.4 Tratamento não medicamentoso da HAS

A adoção de hábitos de vida saudáveis pode ter a mesma efetividade de alguns medicamentos anti-hipertensivos, portanto é necessário o incentivo e orientações dos profissionais de saúde para a mudança do estilo de vida dos pacientes portadores de HAS (BELO HORIZONTE, 2011). É interessante que essa orientação ocorra, preferencialmente, com a participação de equipes interdisciplinares, que seja escrita ou que se utilize material audiovisual, pois é sabido que a orientação oral não parece ter grande eficácia (BELO HORIZONTE, 2011).

O incentivo para as modificações no estilo de vida deve ser sempre realizado em todas as oportunidades para todos os pacientes hipertensos independente da sua faixa etária e dos níveis da PA. Essas modificações influenciam os níveis de pressão arterial e estão descritas a seguir.

*Redução do peso corporal.* A redução do peso corporal está relacionada à uma secreção menor e contínua de insulina, da sensibilidade ao sódio e da atividade do Sistema Nervoso Simpático. A diminuição de 5 a 10% do peso inicial já é suficiente para reduzir a PA (BELO HORIZONTE, 2011). Recomenda-se manter Índice de Massa Corporal (IMC) entre 18,5 e 24,9, além da manutenção dos valores de circunferência abdominal menor que 88 centímetros para as mulheres e menor 102 centímetros para os homens (BELO HORIZONTE, 2011).

*Adoção de hábitos alimentares saudáveis.* A população brasileira utiliza em sua dieta um alto consumo de sal, açúcar e gorduras. A Ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA (MALACHIAS *et al.*, 2016). A dieta habitual contém de 10 a 12g/dia de sal sendo saudável ingerir até 6g/dia de sal (BELO HORIZONTE, 2011). Recomenda-se que pacientes hipertensos evitem os alimentos enlatados, os embutidos, os envidrados, queijos e pães. Solicitamos que evitem o uso do saleiro à mesa e que utilizem o sal, com moderação, somente quando forem preparar os alimentos (AMODEO; LIMA, 1996). E mantenham uma dieta rica em frutas e vegetais (4 a 5 porções de cada/dia) e de baixo teor de gorduras (2 a 3 porções de laticínios desnatados/dia com menos de 25% de gordura) (BELO HORIZONTE, 2011).

*Redução do consumo de bebidas alcoólicas.* O consumo habitual de álcool eleva a PA de forma linear e a sua ingestão excessiva associa-se com aumento na incidência de HAS (MALACHIAS *et al.*, 2016). Recomenda-se limitar o consumo a 30g/dia de etanol para homens e 15g/dia para mulheres (BELO HORIZONTE, 2011). O consumo de álcool é um problema de saúde pública e seu uso pode levar a dependência, hepatopatias e deficiência imunológica, portanto, o abandono total do consumo de bebidas alcoólicas deve ser incentivado (AMODEO; LIMA, 1996).

*Abandono do tabagismo.* Embora não exista uma correlação forte entre o tabagismo e a PA, deve-se sempre orientar a cessação do tabagismo com a finalidade de se prevenir

outras doenças cardiovasculares, pulmonares e neoplásicas (BELO HORIZONTE, 2011).

*Atividade física.* Os movimentos corporais que elevam o gasto calórico acima do basal são considerados como atividade física. As atividades físicas estruturadas, repetitivas realizadas com o objetivo de melhorar e/ou manter um ou mais componentes da aptidão física são classificadas como exercícios físicos (ACSM, 2014). A prática regular de atividades físicas é importante para a prevenção e o tratamento da HAS e pode proporcionar a redução das doses dos medicamentos anti-hipertensivos ou até mesmo levar a suspensão do seu uso, dessa forma, os efeitos adversos dos medicamentos e o custo do tratamento tanto para o paciente quanto para os serviços de saúde são reduzidos (RONDON; BRUM, 2003).

Estudo envolvendo 44 indivíduos adultos hipertensos de ambos os sexos mostrou que a terapêutica anti-hipertensiva exclusivamente por meio do exercício físico, na comparação com o tratamento farmacológico convencional, possibilitou idêntico controle da pressão arterial sistólica e diastólica e melhor percepção de qualidade de vida (BUNDCHEN et al., 2013).

Quanto maior o nível de prática de atividades físicas, maiores serão os benefícios adicionais à saúde sendo estabelecida a relação inversa entre atividade física e doença crônica (ACSM, 2014). A prática frequente de atividade física é capaz de regular a PA com redução em torno de 8 a 10 mmHg para a pressão sistólica e de 7 a 8 mmHg para a pressão diastólica em portadores de HAS reduzindo os fatores de risco para eventos cardiovasculares. Além de contribuir para a redução das medicações anti-hipertensivas e na melhora da qualidade de vida. Dessa forma, a prática regular de atividade física deve ser estimulada mesmo para o hipertenso bem controlado com medicações. Por serem eficazes e seguros os exercícios de intensidade leve a moderada são os mais indicados para esse público (BELO HORIZONTE, 2011).

Para a prevenção primária da HAS, recomenda-se que todo adulto pratique, de maneira contínua ou acumulada, o mínimo de trinta minutos de atividades físicas moderadas em pelo menos cinco dias da semana. Já para o tratamento da HAS a recomendação é de um treinamento aeróbico com a frequência de pelo menos três vezes na semana com

duração de no mínimo trinta minutos com intensidade de 40 a 60% do consumo pico de oxigênio ou da frequência cardíaca de reserva. Como complemento, o treinamento de força deve ser realizado de duas a três vezes na semana com a execução de oito a dez exercícios para os principais grupos musculares com intensidade de 50% de uma repetição máxima com o volume de dez a quinze repetições e com uma pausa passiva de um a dois minutos (MEDINA et al., 2010).

Para uma prática segura hipertensos devem realizar uma avaliação clínica antes do início do treinamento sendo indicado o teste ergométrico para aqueles que apresentam outro fator de risco associado à HAS. O exercício só deve ser iniciado se a PA estiver menor que 160/105 mmHg e para pacientes com a PA não totalmente controlada em repouso ou hiper-reativos ao exercício, sugere-se a medida da PA durante o exercício aeróbico (MEDINA et al., 2010).

Na APS, em Belo Horizonte, é ofertado desde 2006, o Programa Academia da Saúde. Esse programa está vinculado às UBS e oferece ações de promoção e educação em saúde. Além disso, possibilita o acesso da população adscrita à prática de exercício físico supervisionado e gratuito tornando-se, dessa forma, um aliado no controle e tratamento da HAS.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado prevalência e descontrole da HAS, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

### 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Através de Planejamento Estratégico Situacional (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018) constatamos que grande número de usuários são portadores da HAS, como pode ser verificado no quadro 3:

Quadro 3 – Descritores do Problema Priorizado.

Descritores	Valores	Fontes
Total de hipertensos	1.024	Registro da Equipe
Total de hipertensos (25 a 59 anos)	677	Registro da Equipe
Total de hipertensos (25 a 59 anos) captados	558	Registro da Equipe
Proporção de hipertensos e hipertensos captados (25 a 59 anos).	82,4%	Registro da Equipe
Total de hipertensos ( $\geq$ 60 anos)	527	Registro da Equipe
Total de hipertensos ( $\geq$ 60 anos) captados	429	Registro da Equipe
Proporção de hipertensos e hipertensos captados ( $\geq$ 60 anos).	81,4%	Registro da Equipe

FONTE: Equipe Dois (2019).

## **6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)**

As possíveis causas, para a prevalência e descontrole da HAS na população adscrita a Equipe Dois estão relacionadas ao hábito de vida inadequado e baixa adesão ao tratamento.

## **6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)**

Verificamos que vários usuários atendidos pela Equipe Dois não desenvolveram a corresponsabilização do cuidado. Esses usuários mantêm um estilo de vida não saudável com uma dieta desequilibrada, um consumo excessivo de sal e inatividade física. Também percebemos a baixa adesão ao tratamento medicamentoso ou ao uso incorreto dos medicamentos prescritos. A alimentação inadequada, o sedentarismo e baixa adesão ao tratamento prescrito podem ser apontados como nós críticos para o desenvolvimento e descontrole da HAS na área de abrangência da Equipe Dois.

Sendo assim os nós críticos listados são:

- \* Hábitos de vida inadequados
- \* Baixa Adesão ao tratamento Prescrito

## **6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)**

Nos quadros 4 e 5 são identificados os nós críticos, operações, projetos, resultados e produtos esperados, bem como a gestão do plano para nós críticos “hábitos de vida inadequados” e “baixa adesão ao tratamento”.

**Quadro 4- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1: Hábitos de Vida Inadequados” relacionado ao problema “Prevalência e Descontrole da HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dois, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 1</b>	Hábitos de vida inadequados
<b>6º passo: operação</b> (operações)	Elaborar um grupo operativo multiprofissional (profissional de educação física, nutricionista, psicólogo, médico ou enfermeiro) para os usuários com HAS promovendo reflexões e a corresponsabilização do cuidado com objetivo de melhorar a qualidade de vida do usuário e, conseqüentemente, alcançar um melhor controle da pressão arterial.
<b>6º passo: projeto</b>	<b><i>Mais Saúde</i></b>
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Corresponsabilização do cuidado com conscientização de um estilo de vida saudável (vida mais ativa e dieta equilibrada) e melhor controle da HAS.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Educação em saúde com grupo de alimentação saudável na Academia da Cidade referência. Grupo de exercícios físicos.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Estrutural: local para realização dos exercícios físicos. Cognitivo: profissionais de saúde com conhecimentos sobre o tema. Financeiro: verba para aquisição de materiais. Político: mobilização da equipe e dos usuários hipertensos.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Financeiro: verba para aquisição de materiais. Político: mobilização da equipe e dos usuários hipertensos.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Ator que controla: Secretário municipal de Saúde. Motivação: Favorável. Ator que controla: Gerente Local. Motivação: Favorável.
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Elaborar um grupo operativo multiprofissional (profissional de educação física, nutricionista, psicólogo, médico ou enfermeiro) para os usuários com HAS promovendo reflexões e a corresponsabilização do cuidado com objetivo de melhorar a qualidade de vida do usuário e, conseqüentemente, alcançar um melhor controle da pressão arterial.  Profissional de educação física, nutricionista e psicólogo do NASF-AB Um mês para apresentação do projeto e para iniciar o grupo operativo.
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	O monitoramento e a avaliação das ações serão realizados através de reunião com os profissionais envolvidos. Enquanto o grupo estiver sendo realizado a reuniões acontecerá mensalmente. Ao final das atividades será realizada uma última reunião.

Fonte: Elaborado pela própria autora (2021).

**Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2: Baixa Adesão ao Tratamento Prescrito” relacionado ao problema “Prevalência e Descontrole da HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dois, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 2</b>	Baixa adesão ao tratamento prescrito.
<b>6º passo: operação</b> (operações)	Elaborar um grupo operativo multiprofissional (profissional de educação física, nutricionista, farmacêutico, psicólogo, médico ou enfermeiro) para os usuários com HAS promovendo reflexões sobre seu tratamento com a finalidade ampliar o conhecimento sobre a doença e, conseqüentemente promover um tratamento mais efetivo.
<b>6º passo: projeto</b>	<b><i>Cuidar</i></b>
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Maior conhecimento sobre o tratamento medicamentoso da HAS com maior corresponsabilização do cuidado, melhor adesão ao tratamento e melhor controle da HAS.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Educação em saúde com grupo de uso racional de medicamentos na Academia da Cidade referência. Conscientização na farmácia.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Estrutural: local para realização das atividades. Cognitivo: profissionais de saúde com conhecimentos sobre o tema. Financeiro: verba para aquisição de materiais. Político: mobilização da equipe e dos usuários hipertensos.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Financeiro: verba para aquisição de materiais. Político: mobilização da equipe e dos usuários hipertensos.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Ator que controla: Secretário municipal de Saúde. Motivação: Favorável. Ator que controla: Gerente Local. Motivação: Favorável.
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Elaborar um grupo operativo multiprofissional (profissional de educação física, nutricionista, farmacêutico, psicólogo, médico ou enfermeiro) para os usuários com HAS promovendo reflexões sobre seu tratamento com a finalidade ampliar o conhecimento sobre a doença e, conseqüentemente promover um tratamento mais efetivo. Profissional de educação física, nutricionista, farmacêutico e psicólogo do NASF-AB. Um mês para apresentação do projeto e para iniciar o grupo operativo.
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	O monitoramento e a avaliação das ações serão realizados através de reunião com os profissionais envolvidos. Enquanto o grupo estiver sendo realizado a reuniões acontecerá mensalmente. Ao final das atividades será realizada uma última reunião.

Fonte: Elaborado pela própria autora (2021).

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente projeto de intervenção surgiu com base na experiência da atuação da profissional de educação física na equipe NASF-AB na UBS Dom Joaquim. No processo de trabalho foi constatado que a população da área de abrangência da unidade apresentava controle insatisfatório da HAS.

Através do desenvolvimento de grupos operativos coordenados por uma equipe multidisciplinar, esse projeto visa contribuir com a prevenção e maior controle da HAS. Sendo essa doença de causa multifatorial, foi prioridade promoverá mudança de hábitos de vida e estimular a adesão ao tratamento prescrito, diminuindo os impactos na saúde do usuário e aumentando sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

ACSM- **Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição/ American College of Sports Medicine**; Tradução Dilza Balteiro Pereira de Campos. – 9. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara, 2014.

AMODEO, C. LIMA, N.K. da C. **Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial**. Medicina, Ribeirão Preto, 29: 239-243, abr./set. 1996.

ARREGUY, C. A.; RIBEIRO, R. R. **Histórias de bairros [de] Belo Horizonte: Regional Nordeste**. Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <[http://www.pbh.gov.br/historia\\_bairros/NordesteCompleto.pdf](http://www.pbh.gov.br/historia_bairros/NordesteCompleto.pdf)>.

BELO HORIZONTE. **Plano Municipal de Saúde, 2018 - 2021**. Prefeitura de Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS%202018-2021%20aprovado.pdf>>.

BELO HORIZONTE. **Protocolo de Hipertensão Arterial/ Risco Cardiovascular**. Secretaria Municipal de saúde. Belo Horizonte, 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2012.

BUNDCHEN, D. C. et al. **Exercício Físico Controla Pressão Arterial e Melhora Qualidade de Vida**. Revista Brasileira Medicina Esporte – Vol. 19, Número 2 – Março/ Abril 2013.

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2018. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>.

MALACHIAS, M.V.B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-6, 2016.

BARROSO, W.K.S *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq Bras Cardiol.** 2020. Disponível em: [http://abccardiol.org/wp-content/uploads/2020/11/DBHA-2020\\_portugues\\_AOP.x64000.pdf](http://abccardiol.org/wp-content/uploads/2020/11/DBHA-2020_portugues_AOP.x64000.pdf).

MEDINA, F. L. *et al.* **Atividade física: impacto sobre a pressão arterial.** Revista Brasileira Hipertensão volume17(2):103-106, 2010.

RONDON, M.; U.; P.; B., BRUM, P.; C. **Exercício físico como tratamento não farmacológico da hipertensão arterial.** Revista Brasileira Hipertensão, volume 10:134-7, 2003.

VIGITEL. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.