

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

Mareisa de Moraes Martins

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO REALIZADA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NOVO HORIZONTE VISANDO MELHORA O CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM SUA CLIENTELA**

Belo Horizonte/Minas Gerais

2021

Maressa de Moraes Martins

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO REALIZADA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NOVO HORIZONTE VISANDO MELHORAR O CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM SUA CLIENTELA**

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. André Luiz dos
Santos Cabral

Belo Horizonte/MG

2021

Maressa de Moraes Martins

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO REALIZADA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NOVO HORIZONTE VISANDO MELHORAR O CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM SUA CLIENTELA**

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. André Luiz dos Santos Cabral

Banca examinadora

Professor Dr. André Luiz dos Santos Cabral - UFMG

Professora Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 24 de março de 2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Jefferson, meu companheiro de vida, que sempre esteve ao meu lado nos momentos de alegria e nas dificuldades, trazendo palavras de conforto e estímulo, para que continuemos avançando rumo à concretização dos nossos sonhos.

Ao preceptor Evângelos, obrigada por todos os ensinamentos para lidar com as dificuldades do dia a dia na Atenção Primária.

Ao orientador Professor André Luiz dos Santos Cabral pelas pontuações necessárias.

Minha eterna gratidão aos meus pais e minha irmã por todo amor.

RESUMO

A hipertensão arterial é a principal causa de morte global, sendo responsável por grande parte das mortes por doenças cardiovasculares e apresenta maior prevalência em idosos. Uma vez que a população adscrita à área da Estratégia Saúde da Família (ESF) Novo Horizonte, localizada no município de Três Marias – Minas Gerais, é considerada ser formada por uma população idosa, o descontrole dos níveis pressóricos acarreta grande impacto. O diagnóstico situacional na referida ESF foi realizado por meio do método de Estimativa Rápida, sendo a hipertensão arterial suscitada como o principal problema no território. Após a escolha do tema, utilizaram-se artigos científicos publicados pela *American Heart Association*, pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e outros artigos presentes em bases de dados como *SciELO*, PubMed e MEDLINE. Foi proposta a elaboração de um plano de ação, por meio da sistematização de informações levantadas durante os encontros da equipe de saúde, a fim de intervir e atuar de forma mais eficaz no controle da hipertensão arterial sistêmica dos clientes da ESF Novo Horizonte. Este trabalho visa permitir a verificação de que a educação continuada pode criar mudanças de hábitos de vida da população, além de maior adesão ao tratamento medicamentoso, culminando com a redução da morbimortalidade relacionada à hipertensão arterial sistêmica.

Palavras-Chave: Hipertensão. Estratégia de Saúde da Família. Educação em Saúde. Atenção Primária.

ABSTRACT

Arterial hypertension is the main cause of global death, being responsible for most deaths from cardiovascular diseases and has a higher prevalence in the elderly. Since the population assigned to the ESF Novo Horizonte area, located in the municipality of Três Marias - MG, is considered to be formed by an elderly population, the uncontrolled pressure levels have a great impact. The situational diagnosis in that FHS was carried out using the Rapid Estimation method, with arterial hypertension being raised as the main problem in the territory. After choosing the theme, scientific articles published by the American Heart Association, the Brazilian Society of Cardiology and other articles present in databases such as SciELO, PubMed and MEDLINE were used. The elaboration of an action plan was proposed, through the systematization of information gathered during the meetings of the health team, in order to intervene and act more effectively in the control of systemic arterial hypertension of ESF Novo Horizonte clients. This work aims to verify that continuing education can create changes in the population's lifestyle, in addition to greater adherence to drug treatment, culminating in the reduction of morbidity and mortality related to systemic arterial hypertension.

Keywords: Hypertension. Family Health Strategy. Health education. Primary care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à ESF Novo Horizonte, em Três Marias – MG	17
Quadro 2. Classificação simplificada do Risco de Hipertensão, de acordo com Fator de Risco Adicional (FRA), Lesão de Órgão-Alvo (LOA) e Comorbidades Prévias (CP)	21
Quadro 3. Tratamento medicamentoso	22
Quadro 4 – Descrição do problema “hipertensão” na 22 região da ESF Novo Horizonte, município de Três Marias – MG, 2019	24
Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte, do município Três Marias, estado de Minas Gerais	26
Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Influência do processo de trabalho da Equipe de saúde sobre a assistência prestada ao paciente hipertenso”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte, do município Três Marias, estado de Minas Gerais	27
Quadro 7 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte, do município Três Marias, estado de Minas Gerais	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AHA	<i>American Heart Association</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CP	Comorbidades Prévias
DCV	Doença cardiovascular
DRC	Doença Renal Crônica
DM	Diabetes Mellitus
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FRA	Fator de Risco Adicional
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IECA	Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
LOA	Lesão de Órgão-alvo
MEV	Mudanças de Estilo de Vida
MG	Minas Gerais
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica

PAS	Pressão Arterial Sistólica
PH	Pré-hipertensão
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família
PubMed	<i>Public/Publisher MEDLINE</i>
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município	12
1.2 O sistema municipal de saúde	13
1.3 Aspectos da comunidade	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde Novo Horizonte	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte da Unidade Básica de Saúde Novo Horizonte	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Novo Horizonte	15
1.7 O dia a dia da equipe Novo Horizonte	15
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	16
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	16
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVO GERAL	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
5.1 A Hipertensão Arterial Sistêmica	20
5.2 Educação continuada como processo de trabalho para melhorar a assistência prestada ao paciente hipertenso	22
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	24
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	24
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	25
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	25
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e	26

gestão (7º a 10º passo)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

29

REFERÊNCIAS

31

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Três Marias é uma cidade com 32.716 habitantes conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), para o ano de 2020, localizada na região central mineira e distante 270 km da capital do Estado.

“Três Marias não foi planejada. As primeiras residências foram construídas em lugares impróprios, sem alinhamento, com a finalidade de abrigar os operários da construção da Barragem/Usina Hidrelétrica, pessoas do comércio e os fazendeiros que já residiam na região” (IBGE, 2020, s.p).

Inicialmente, durante 13 anos, o nome de Três Marias era Barreiro Grande. Em 1975 foi encaminhado um Projeto de Lei à Câmara Municipal e organizado um abaixo-assinado para mudança do nome. Assim, pela lei estadual nº 6756, de 17-12-1975, o município de Barreiro Grande tomou a denominação de Três Marias. Com a construção da Barragem/Usina Hidrelétrica de Três Marias, pelo seu potencial hidrelétrico, tornou-se conhecida em todo Brasil. (IBGE, 2020; TRÊS MARIAS, 2020).

Em maio de 1957, o Presidente da República Juscelino Kubitschek autorizou a construção da barragem de Três Marias, objetivando a regularização do curso das águas do rio São Francisco nas cheias periódicas e melhorar a navegabilidade, a utilização do potencial hidrelétrico e o fomento da indústria e irrigação. O projeto era empreendedor e significou a construção de uma das maiores barragens de terra do mundo. A conclusão da obra se deu em janeiro de 1961 (TRÊS MARIAS,2020).

Hoje a Nexa é a principal geradora de empregos diretos e indiretos na cidade. Além disso, o setor de agropecuária também contribui para a economia local, inclusive com expressiva produção de soja. O salário médio mensal para os trabalhadores formais do município é de 2,3 salários-mínimos (IBGE, 2020). Em relação à educação, a taxa de escolarização na faixa etária de seis a 14 anos é de 98,6% (IBGE, 2020).

1.2 O sistema municipal de saúde

O sistema municipal de saúde possui a seguinte estrutura:

- Atenção Primária à Saúde: nove equipes de Estratégia de Saúde da Família na zona urbana e duas unidades na zona rural;
- Atenção Secundária à Saúde: ambulatórios de cardiologia, ginecologia, obstetrícia, oftalmologia, pediatria, cirurgia geral, psiquiatria, endocrinologia e ortopedia. Há ainda serviços de fonoaudiologia, nutrição, psicologia e fisioterapia.
- Atenção Terciária à Saúde: Hospital São Francisco;
- Sistemas de Apoio Diagnóstico: laboratório no hospital São Francisco e laboratório municipal localizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Progresso;
- Assistência Farmacêutica: farmácias municipais.
- Informação em Saúde é realizada por meio de sistema eletrônico de informações do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Sistemas Logísticos: não há um efetivo transporte de pacientes dentro do município. Por exemplo, se um paciente necessita de assistência hospitalar e está em atendimento na UBS, ou em sua residência, o deslocamento acontece por meio de carros particulares. Existem os bombeiros voluntários, porém não são muito acessíveis e costumam demorar para atender os pacientes. O mesmo ocorre com os carros da prefeitura, que raramente estão disponíveis para o atendimento imediato aos pacientes. O transporte intermunicipal ocorre por meio de ônibus e ambulâncias sanitárias. Para os pacientes internados, a regulação da atenção é realizada pela Central de Leitos. A maioria dos pacientes recebe o cartão de identificação dos usuários do SUS e o prontuário clínico possui sua versão eletrônica que é diariamente registrada no sistema eletrônico do SUS.

Os pontos de atenção à saúde são organizados da seguinte forma: a referência e contrarreferência dentro do município é feita por meio de formulário específico. A contrarreferência é descrita no verso do mesmo formulário. Infelizmente, apenas a psiquiatria tem feito o preenchimento do verso do formulário. Ainda não se teve a oportunidade de receber contrarreferência das outras especialidades médicas do município (ginecologia, obstetrícia, endocrinologia, oftalmologia, pediatria, cardiologia, cirurgia geral e ortopedia). Apenas as especialidades citadas anteriormente estão disponíveis no município. Para acesso às especialidades não citadas acima, os pacientes

são encaminhados principalmente para as cidades de Curvelo, Sete Lagoas e Belo Horizonte. Para tanto, é necessário o preenchimento de extenso formulário justificando o encaminhamento com dados referentes à história da moléstia atual, exame físico, exames solicitados, tratamento realizado, Classificação Internacional de Doenças (CID) da morbidade e avaliação proposta. Até o momento, também não se recebeu nenhuma contrarreferência dos pacientes encaminhados para outros municípios.

O modelo de atenção à saúde predominante no município de Três Marias localizado no estado de Minas Gerais (MG), foi organizado de modo que a UBS seja realmente a principal porta de entrada dos pacientes ao SUS, onde se situa em forma de rede com os demais níveis de atenção (secundária e terciária).

1.3 Aspectos da comunidade

A região do Novo Horizonte é bem estruturada, com áreas de comércio local e ruas asfaltadas. Há escolas, creches e uma Unidade Básica de Saúde com uma equipe de saúde e uma equipe de saúde bucal, além de atendimento por pediatra três vezes por semana. Muitos trabalhadores exercem atividades laborais na Nexa, ou em empresas que prestam serviços à referida metalúrgica. A taxa de analfabetismo é baixa e muitas pessoas possuem cursos técnicos. Segundo o sistema eletrônico de informações do SUS, 3.327 pessoas se consideram brancas, 182 pretas e 3.327 se classificaram como pardas. Ainda segundo o mesmo sistema de informação, em relação à situação no mercado de trabalho, 816 pessoas são desempregadas ou não trabalham, 560 afirmam ser assalariados com carteira de trabalho, 127 dizem ser assalariados sem carteira de trabalho, 88 dos cadastrados são autônomos com previdência social, 100 pessoas disseram ser autônomas sem previdência social, 351 são aposentados ou pensionistas, 31 são servidores públicos ou militares e 2.351 pessoas não informaram sua ocupação.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Novo Horizonte

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Novo Horizonte abrange três bairros: Novo Horizonte, São Geraldo e Cidade Florença. Há atualmente 4.476 cidadãos com cadastro ativo na unidade. De acordo com o sistema eletrônico de informações do SUS para a Atenção Primária, no momento estão cadastrados 2.270 domicílios, dentre os quais 1.533

casas, 31 apartamentos e nove cômodos, sendo que 697 não foram enquadrados em nenhuma das categorias e 57 pessoas afirmaram estarem em situação de rua. Dentre todos os domicílios cadastrados, apenas 1.168 possuem coleta de esgoto, 1.306 possuem água encanada e 1.290 relataram coleta adequada de lixo.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte da Unidade Básica de Saúde Novo Horizonte é composta por: 11 agentes comunitárias de saúde, uma enfermeira, uma cirurgiã-dentista, uma técnica em higiene bucal, um médico generalista e um pediatra.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Novo Horizonte

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 às 17:00 horas e, para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana, conforme escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo. Os pacientes podem agendar os atendimentos previamente. O atendimento, no dia, é realizado por meio de ordem de chegada. São reservados quatro horários na agenda para o atendimento à demanda espontânea.

1.7 O dia a dia da equipe Novo Horizonte

O acolhimento é realizado de forma adequada na ESF Novo Horizonte com porta de entrada de fácil acesso, localização geográfica favorável e rampa na entrada, o que torna a acessibilidade a cadeirantes e outros portadores de deficiência mais fácil. Toda a equipe é disponível nos horários de funcionamento da UBS tanto para atendimentos eletivos, quanto para atendimentos de urgência/emergência, sendo os pacientes encaminhados para a atenção secundária ou terciária, quando necessário. Mesmo havendo a possibilidade de agendamentos, a grande maioria dos pacientes chega à unidade muito cedo, pois os atendimentos daquele dia são feitos por ordem de chegada. Em relação ao quesito aceitabilidade, aparentemente os pacientes estão satisfeitos com o atendimento prestado pela maioria dos servidores, com a localização, conservação e manutenção da UBS. As atividades de educação em saúde ocorrem mensalmente. Os grupos mais ativos são os de hipertensos e os de diabéticos, os quais estão suspensos desde 2020 devido a pandemia pelo Coronavírus. Visitas domiciliares são realizadas semanalmente aos

pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção. Não há avaliação e nem planejamento do trabalho, não sendo possível avaliar o desempenho da equipe formalmente.

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

Os principais problemas levantados foram: obesidade, hipertensão, diabetes, Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), insuficiência renal, depressão, dor articular e dependência aos benzodiazepínicos.

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

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à ESF Novo Horizonte, em Três Marias - MG

Principais Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de Enfrentamento***	Seleção ****
Hipertensão	Alta	7	Parcial	1
Dependência de Benzodiazepínicos	Alta	5	Parcial	3
Infarto agudo do miocárdio	Alta	5	Parcial	4
Insuficiência renal	Alta	4	Fora	5
Obesidade	Média	2	Parcial	6
Acidente vascular encefálico	Média	2	Parcial	7
Diabetes	Alta	2	Parcial	8
Transtorno depressivo	Alta	2	Parcial	9
Dores articulares	Baixa	1		

Legenda:

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Hipertensão foi considerado o problema prioritário, por ser a doença crônica de maior prevalência, acometendo 293 pessoas, bem como pela capacidade de enfrentamento do problema na própria unidade. Apenas 205 pessoas são acompanhadas regularmente na UBS.

É possível verificar que há grande número de pessoas sem acompanhamento periódico. Tal fato justifica o relevante índice de pacientes com complicações decorrentes da hipertensão arterial como: Doença Renal Crônica (DRC), AVE e IAM. Além disso, por meio dos dados apresentados à equipe, inferiu-se que há pouca adesão dos pacientes aos grupos de hipertensos, às palestras ministradas pela nutricionista, às atividades físicas realizadas na praça do bairro e aos tratamentos prescritos.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para que da Estratégia de Saúde da Família Novo Horizonte seja capaz de atuar de forma mais efetiva no controle da hipertensão arterial sistêmica dentre a sua clientela adscrita.

4 METODOLOGIA

No primeiro momento foi realizado o diagnóstico situacional da população adscrita à ESF Novo Horizonte através do método de estimativa rápida, que possibilita a aquisição de informações com custo mínimo em um curto período (WHO, 1988). Os dados foram coletados a partir dos prontuários dos pacientes, registros da enfermagem e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na própria ESF e em fontes secundárias como os sistemas de informação do ministério da saúde.

Mediante reuniões com a equipe, foram identificados os problemas mais comuns do território e priorizou-se o tema hipertensão arterial para estudo. Após a escolha do tema, para a fundamentação teórica do presente texto, utilizaram-se artigos científicos publicados pela *American Heart Association* (AHA), pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e artigos presentes em bases de dados como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), PubMed (*Public/Publisher MEDLINE*) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). Em um período de 14 meses (outubro de 2019 a novembro de 2020), foram selecionados textos baseados nos seguintes descritores: hipertensão, fatores de risco, estratégia de saúde da família, educação em saúde e atenção primária.

Por fim, foi proposta a elaboração de um plano de ação, por meio da sistematização de informações levantadas durante os encontros da equipe de saúde a fim de intervir e atuar de forma mais eficaz no controle da hipertensão arterial sistêmica dos clientes da ESF Novo Horizonte.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 A Hipertensão Arterial Sistêmica

Em concordância com a maioria das diretrizes internacionais, em 2020, a AHA voltou a definir Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) - em adultos acima de 18 anos – como a Pressão Arterial Sistólica (PAS) sustentada no consultório ≥ 140 mmHg e/ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, após duas a três consultas em intervalos de uma a quatro semanas. O diagnóstico pode ser realizado em uma única consulta se a pressão arterial (PA) $\geq 180/110$ mmHg e há evidência de Doença Cardiovascular (DCV) (AHA, 2020). Enquanto hipertensão normal - alta é caracterizada por PAS entre 130 e 139 mmHg e/ou PAD entre 85 e 89 mmHg (AHA, 2020).

Hipertensão arterial é a principal causa de morte global, contribuindo por 10,4 milhões de mortes por ano (STANAWAY *et al.*, 2018). Em relação à prevalência global, estima-se que 1,3 milhões de pessoas eram afetadas por HAS no ano de 2010 (MILLS *et al.*, 2016).

Em relação ao Brasil, a HAS está presente em 60% dos idosos e compromete 36 milhões de adultos sendo responsável por 50% das mortes por DCV (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A prevalência de HAS aumenta com o avançar da idade e é maior entre mulheres e negros (MALACHIAS *et al.* 2016). Mais de 50% dos pacientes hipertensos têm fatores de risco cardiovasculares adicionais, sendo os mais comuns: Diabetes Mellitus (DM), níveis elevados de *Low-density lipoprotein-cholesterol* (LDLc) e triglicerídeos, sobrepeso, obesidade, síndrome metabólica, menopausa precoce), assim como com estilo de vida não saudável (sedentarismo, etilismo e tabagismo) (UNGER *et al.*, 2020). Outros fatores de risco são: história pessoal de DCV (IAM, insuficiência cardíaca, AVE, DRC), transtorno depressivo; história familiar: de HAS, DCV prematura, hipercolesterolemia familiar e DM. A presença de um ou mais fatores de risco cardiovascular aumentam o risco de doenças coronárias, cerebrovasculares, e renais em pacientes hipertensos (UNGER *et al.*, 2020).

No Quadro 2 tem-se a classificação do Risco de Hipertensão.

Quadro 2. Classificação simplificada do Risco de Hipertensão, de acordo com Fator de Risco Adicional (FRA), Lesão de Órgão-Alvo (LOA) e Comorbidades Prévias (CP)

FRA, LOA, CP	Normal-alta PAS 130 a 139 PAD 85 a 89		Grau 1 PAS 140 a 159 PAD 90 a 99		Grau 2 PAS ≥ 160 PAD ≥ 100	
	Sem fatores de risco adicionais	Baixo		Baixo		Moderado
1 a 2 fatores de risco	Baixo		Moderado		Alto	
≥ 3 fatores de risco	Baixo	Moderado	Alto		Alto	
FRA, DRC estágio III, DM, DCV	Alto		Alto		Alto	

Fonte: AHA, 2020.

O tratamento da HAS possui dois principais pilares:

- 1) Mudanças de Estilo de Vida (MEV) e tratamento medicamentoso. Um estilo de vida saudável pode prevenir e até retardar o início da elevação dos níveis pressóricos, reduzir o risco cardiovascular, além de ser a primeira linha do tratamento anti-hipertensivo e aumentar o efeito dos medicamentos (PIEPOLI, *et al.* 2016). Mudanças no estilo de vida devem incluir: redução no consumo de sódio, dieta saudável, moderado consumo de café, limitar o consumo diário de álcool (para um máximo de 20g para homens e 15g para mulheres), controle do peso e da gordura abdominal (UNGER *et al.*, 2020).
- 2) Tratamento medicamentoso:
 - Considerar betabloqueadores quando houver indicação específica para o uso, por exemplo, insuficiência cardíaca, angina, pós IAM, fibrilação atrial, mulheres jovens planejando de gravidez ou gestantes;
 - Considerar monoterapia em hipertensão estágio 1, pacientes com idade superior ou igual a 80 anos, ou muito frágeis (UNGER *et al.*, 2020).

A classificação do tratamento medicamentoso segue os seguintes critérios:

- Hipertensão estágio 1 (PA 140-159/90-99 mmHg): iniciar tratamento medicamentoso imediato para pacientes com alto risco cardiovascular (DM, DRC, LOA). Pacientes com moderado risco cardiovascular: reavaliar em três a seis meses, e, se a PA permanecer elevada, a despeito de MEV, iniciar

tratamento medicamentoso. Em pacientes de baixo risco, se não houver melhora da PA em três a seis meses após MEV, iniciar tratamento medicamentoso para pessoas com idade entre 50 e 80 anos (UNGER *et al.*, 2020).

- Hipertensão estágio 2 (PA \geq 160/100 mmHg): tratamento imediato em todos os pacientes.

Quadro 3. Tratamento medicamentoso

Estágio 1	Dois antihipertensivos em baixas doses*: IECA** ou BRA*** + Antagonistas dos canais de cálcio
Estágio 2	Dois antihipertensivos em dose plena: IECA ou BRA + antagonistas dos canais de cálcio
Estágio 3	Tripla combinação: IECA ou BRA + antagonistas dos canais de cálcio + tiazídicos
Estágio 4	Hipertensão resistente. Tripla combinação: IECA ou BRA + antagonistas dos canais de cálcio + tiazídicos + espironolactona
<p>*Baixa dose geralmente se refere à metade da dose máxima recomendada. **IECA: Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina *** BRA: Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina</p>	

Fonte: AHA, 2020.

Segundo a *American Heart Association* (2020), o objetivo do tratamento em três meses é atingir os seguintes alvos:

- Redução da PA, de, no mínimo, 20/10mmHg, idealmente manter PA menor que 140X90mmHg;
- < 65 anos: PA alvo menor que 130/80mmHg se tolerado, mas maior que 120/70mmHg);
- > 65 anos: PA alvo < 140/90mmHg, se tolerado.

5.2 Educação continuada como processo de trabalho para melhorar a assistência prestada ao paciente hipertenso

O trabalho da equipe de saúde é fundamental para que se atinjam os objetivos de processos de trabalho tais como atualização periódica de conhecimentos, reflexão sobre o trabalho prestado ao usuário, diálogo com a população e integração com os diversos

níveis de atenção à saúde (PEDROSO, 2005). A Educação Permanente em Saúde (EPS) foi instituída como uma política de saúde do SUS por meio das Portarias nº 198/2004 e nº 1.996/2007 para guiar a qualificação dos trabalhadores do setor público de saúde, a fim de que sejam sanadas as dificuldades e necessidades do sistema (BRASIL, 2004). Assim, por meio educação permanente em saúde é possível desenvolver a capacitação dos profissionais, bem como ampliar a capacidade de resolutiva da atenção primária, tendo como referência as necessidades da população assistida (BRASIL, 2007).

Outrossim, a EPS está associada ao conceito integralidade, uma vez que é possível articular as necessidades de saúde a ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde, bem como integrar os diversos níveis de complexidade de atenção à saúde, a intersetorialidade, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade (MATTOS, 2004).

Segundo Peduzzi *et al.* (2009), a educação no trabalho destaca-se por tornar possível processos de trabalho em que os profissionais de saúde sejam capazes de reconhecer, negociar e responder de maneira pertinente às necessidades de saúde dos usuários, almejando garantir direitos e qualidade na prestação de serviço, no âmbito do fortalecimento do SUS.

Nessa perspectiva, diante da concepção da EPS como fomentadora do modelo de atenção à saúde, almejando o aperfeiçoamento dos serviços prestados ao usuário, este estudo teve como finalidade avaliar a influência do processo de trabalho da equipe de saúde sobre a assistência prestada ao paciente hipertenso na área de abrangência da ESF Novo Horizonte, localizada no município de Três Marias – MG.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado; hipertensão, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros a seguir mostram o desenho das operações – para cada causa destacada como nó crítico, as operações, projetos, bem como resultados e produtos esperados, além de expor os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A hipertensão arterial, por ser silenciosa e crônica, muitas vezes dificulta o diagnóstico e a adesão do tratamento pelo paciente, gerando assim, as supracitadas complicações. Segundo a AHA, apenas 20% dos pacientes aderem ao tratamento e mais de 25% não obedecem a prescrição inicial. Se não tratada, uma pressão sistólica maior que 180 mmHg ou uma pressão diastólica maior que 120mmHg podem levar a uma chance de morte de aproximadamente 80% em um ano, com sobrevida, em média, de 10 meses (AHA 2017).

Quadro 4 - Descrição do problema hipertensão na região da ESF Novo Horizonte, município de Três Marias – MG, 2019.

Descrição	Valores	Fontes
Hipertensos esperados	450	Estudos epidemiológicos
Hipertensos cadastrados	293	e-SUS
Hipertensos confirmados	293	Registro da equipe
Hipertensos acompanhados conforme protocolo	205	Registro da equipe
Hipertensos controlados	200	Registro da equipe

FONTE: Elaborado pela autora através de dados compilados em reunião com a Equipe da ESF Novo Horizonte, 2019.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Após o levantamento dos dados, foi verificado que há tendência à inversão da pirâmide etária na área de abrangência da ESF Novo Horizonte, o que aumenta o risco de doenças crônicas, como é o caso da HAS. Além da elevada faixa etária, as principais causas que levam à hipertensão arterial sistêmica na população são sedentarismo, obesidade e dieta inadequada.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Durante a elaboração do diagnóstico situacional, a equipe ESF Novo Horizonte considerou hipertensão o principal problema prioritário devido ao contingente de hipertensos na unidade, bem como pela capacidade de enfrentamento do problema na própria unidade. Foram selecionados como “nós críticos”:

- Estilo de vida e dieta inadequados: trata-se de população que recebe cerca de um salário-mínimo por mês e queixa-se de dificuldade para garantir uma dieta variada, rica em frutas e verduras.
- Estrutura do serviço de saúde deficitária: As atividades físicas na praça do bairro, promovidas pela secretaria municipal de saúde, acontecem apenas três vezes por semana sendo supervisionada por profissional de Educação Física. Não há hidroginástica grátis no município, o que dificulta a realização de atividades físicas dentre os obesos e portadores de gonartrose. Além disso, na farmácia do município faltam medicações anti-hipertensivas básicas e muitos pacientes não possuem condições financeiras para adquirir a medicação, o que acaba resultando em descontrole dos níveis pressóricos.
- Processo de trabalho da Equipe de Saúde inadequado na assistência prestada ao cliente hipertenso: o acompanhamento nutricional é coletivo, e ocorre apenas mensalmente durante as reuniões do HIPERDIA e não há acompanhamento nutricional individual disponível. O diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica ocorre de forma aleatória, por demanda espontânea dos pacientes que desejam aferir a PA por mera curiosidade, ou durante as pré-consultas. Não há campanhas para incentivar a aferição da pressão arterial na população.

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)

Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte, do município Três Marias, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Estilo de vida e dieta inadequados
6º passo: operação	Modificar percepção sobre exercícios e alimentação saudável por meio de educação em grupo; Aumentar adesão às atividades físicas semanais na praça da região e aos grupos de apoio com a nutricionista
6º passo: projeto	<i>Mudando a vida</i>
6º passo: resultados esperados	Pessoas hipertensas com mudanças qualitativas na dieta e participando de exercícios físicos; Aumento do percentual de pacientes hipertensos controlados.
6º passo: produtos esperados	Grupos de hipertensos ativos e participativos Uso de recursos visuais por meio de cartazes colados em diversos locais.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação Financeiro: para aquisição de recursos visuais, folhetos educativos etc. Político: conseguir permissão para usar espaços públicos
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Secretaria Municipal de Saúde favorável para a viabilidade do plano Financeiro: panfletos e lanches para a população durante as reuniões mensais
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria de Saúde (favorável). A motivação dos usuários será realizada por meio de convites enviados pelos ACS na residência de cada paciente. Os pacientes serão estimulados pelas ACS a participar por meio de informações dispensadas aos pacientes no momento do convite para os encontros semanais.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médica e enfermeira da unidade serão responsáveis pelo acompanhamento das ações. As atividades terão início em 4 meses.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A médica da unidade será responsável por verificar junto à equipe de enfermagem e ACS sobre a motivação dos pacientes para participar dos encontros utilizando as ferramentas de convites pessoais e cartazes. Avaliações a cada 6 meses.

FONTE: Elaborado pela autora através de dados compilados em reunião com a Equipe da ESF Novo Horizonte, 2019

Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Influência do processo de trabalho da Equipe de saúde sobre a assistência prestada ao paciente hipertenso”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte, do município Três Marias, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Estrutura do serviço de saúde deficitária
6º passo: operação (operações)	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento aos hipertensos; Aumentar a frequência das reuniões com a Nutrição; aumentar a comunicação dos ACS com os usuários do serviço de saúde
6º passo: projeto	<i>Cuidar melhor</i>
6º passo: resultados esperados	Oferta de consultas aos hipertensos e obtenção de maior adesão aos grupos educativos;
6º passo: produtos esperados	Capacitação pessoal; conscientização da população durante as visitas domiciliares; medicamentos disponíveis à população hipertensa.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: preparação do projeto de reestruturação e sensibilização dos ACS Financeiro: para aquisição de medicamentos Político: Conseguir aumento de recursos para estruturar o serviço
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Conseguir aumento de recursos para estruturar o serviço; Financeiro: aumento da oferta de medicamentos anti-hipertensivos;
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria de Municipal de Saúde (Favorável). Gestor da UBS (favorável). Apresentar projeto de reestruturação da UBS
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médica e enfermeira. Início dentro de 03 meses devido ao processo de avaliação.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Identificação de todos os pacientes hipertensos na área aos 06 meses. Acompanhamento de processo de compra e disponibilização de medicamentos. Monitoramento semestral.

FONTE: Elaborado pela autora através de dados compilados em reunião com a Equipe da ESF Novo Horizonte, 2019

Quadro 7 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte, do município Três Marias, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Processo de trabalho da Equipe de Saúde inadequado na assistência prestada ao cliente hipertenso
6º passo: operação (operações)	Aumentar o nível de conhecimento conceitual da equipe sobre os riscos cardiovasculares e cuidados aos pacientes hipertensos; Conseguir consultas com cardiologistas para pacientes que necessitarem; Equipe de saúde transmitindo informações corretas e claras aos pacientes.
6º passo: projeto	<i>Processo de trabalho efetivo</i>
6º passo: resultados esperados	População mais informada sobre riscos cardiovasculares. Equipe com maior nível de conhecimento. Cardiologista atendendo pelo menos mensalmente.
6º passo: produtos esperados	Reuniões quinzenais com equipe. Capacitação dos ACS e de cuidadores. Garantia de acompanhamento especializado com a Cardiologia, quando necessário.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação e adequação do projeto Financeiro: contratação de mais um médico para a unidade Político: Decisão de contratação de segundo médico clínico geral para viabilizar maior oferta de consultas a população
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Adesão da Coordenação da APS e Secretaria Municipal de Saúde para contratação de segundo médico Financeiro: contratação de mais um médico para a unidade
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Coordenadora da UBS e Secretaria Municipal de Saúde favoráveis Apresentar o projeto relatando a necessidade de mais um médico para a UBS
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médica e enfermeira. Início dentro de 03 meses devido ao processo de avaliação.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Identificação de todos os pacientes hipertensos na área aos 06 meses; disponibilização de consultas especializadas; Monitoramento semestral.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é uma morbidade que causa grandes alterações tanto individualmente quanto para a rede de assistência à saúde. O estilo de vida sedentário com dieta inadequada associado à não adesão ao tratamento medicamentoso podem causar sequelas permanentes à saúde do paciente, além de gerar grandes custos ao sistema de saúde.

Destarte, é mister que a Estratégia de Saúde da Família, por ser porta de entrada do Sistema Único de Saúde, capacite seus profissionais por meio da educação permanente, e, dessa forma, seja capaz de prevenir o surgimento da HAS, bem como manter sob controle os pacientes diagnosticados em sua área de abrangência. Portanto, apenas com estratégias de educação bem definidas, principalmente voltadas para que os pacientes se conscientizem sobre a importância do controle dos níveis pressóricos, é possível melhorar a saúde global da população, reduzindo o número de complicações e mortalidade relacionadas à HAS.

Assim, a criação de um projeto de intervenção com atividades voltadas para a educação em saúde da população adscrita à Estratégia de Saúde da Família Novo Horizonte permitirá melhorar o conhecimento dos pacientes acerca da HAS como uma doença que pode causar grandes impactos negativos em sua saúde e de seus familiares. Por conseguinte, esta autora visa trabalhar em conjunto com sua equipe de saúde para que os clientes da região realizem mudanças importantes e duradouras no seu estilo de vida e mantenham a adesão ao tratamento medicamentoso prescrito.

Dentre todas as intervenções realizadas, a que gerou um maior impacto positivo no diagnóstico da HAS dentre a clientela da ESF Novo Horizonte foi convocar os pacientes a aferir a PA na unidade de saúde. Essa estratégia só foi possível devido à capilaridade do serviço e ao vínculo que os ACS adquirem com a população. A equipe, em conjunto, dividiu o território seguindo as áreas cobertas por cada ACS e, dentre a população adscrita em cada área, foram selecionados os obesos, diabéticos e pessoas com mais de 40 anos que não consultavam na unidade há mais de 6 meses e ainda não tinham o diagnóstico de HAS. Pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção receberam visita domiciliar da Técnica de Enfermagem ou visita médica em

caso de apresentarem alguma queixa clínica. Após esse rastreio inicial, foram identificados 32 novos pacientes hipertensos após um período de 6 meses.

Entretanto, muitos dos pacientes convocados para aferição da PA não compareceram. A alternativa encontrada foi aumentar o número de encontros em grupo passando de uma para quatro reuniões mensais. Dessa forma, ampliamos o leque de temas atraindo públicos diversos. Antes do início de cada reunião aferimos a PA e calculamos o Índice de Massa Corporal (IMC) de cada participante para rastrear pessoas com elevação dos níveis pressóricos, sobrepeso e obesidade, já agendando consulta caso haja alguma das alterações citadas. Além disso, o aumento do número de reuniões levou a um maior vínculo entre a população e a equipe de saúde, aumentando, assim, a adesão ao tratamento instituído e, conseqüentemente, a um melhor controle dos níveis pressóricos.

Em conclusão, salienta-se que a educação continuada é a base para que os profissionais da Atenção Primária sejam permanentemente capazes de identificar falhas no trabalho da equipe e na assistência prestada e, assim, criar estratégias para promover a saúde e prevenir doenças na população de sua área de abrangência.

REFERENCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Task Force on Clinical Practice** Guidelines. 2017 Guideline for Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults. Disponível em: < https://www.acc.org/~media/Non-Clinical/Files-PDFs-Excel-MS-Word-etc/Guidelines/2017/Guidelines_Made_Simple_2017_HBP.pdf>. Acesso em 24 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS**: caminhos para educação permanente em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. 68 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, p. 34, 22 Ago 2007

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIACAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf. Acesso em: 6 out. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE Cidades. Três Marias. **Panorama**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/tresmarias/panorama>>. Acesso em: 19 out. 2019.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saude Publica**, v.20, n.5, p.1411-6, 2004.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7ª. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Revista Brasileira de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 7-13, Sept. 2016 Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 6 out. 2019.

MILLS, K. T., *et al.* Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. **Circulation**. v.134, n.6, p. 441-50, Aug 2016.

PEDROSO, V.G. Aspectos conceituais sobre educação continuada e educação permanente em saúde. **Mundo Saúde**, v.29, n.1, p.88-93, 2005.

PEDUZZI, M. *et al.* Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 121-134, Sept. 2009

PIEPOLI, M. F. *et al.* 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). **European Heart Journal**: v. 37, p. 2315–2381, 2016.

STANAWAY, J. D. *et al.* Global Burden Of Disease Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **Lancet**, 2018.

TRÊS MARIAS. Prefeitura Municipal de Três Marias. **Município**: História. 2020 Disponível em: < www.tresmarias.mg.gov.br>

UNGER, T. *et al.* 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. **Journal of Hypertension**. v.38, n. 6, p. 982-1004, 2020. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026> Acesso em: 04/11/2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Melhoramentos da saúde urbana**: diretrizes para uma estimativa rápida visando avaliar as necessidades de saúde da comunidade um foco sobre os melhoramentos da saúde para áreas urbanas de baixa renda. Divisão de Fortalecimento dos Serviços de Saúde Organização Mundial de Saúde. Genebra, 1988. Disponível em: https://acmfccapixaba.files.wordpress.com/2014/09/estimativa_rapidawho-traduc3a7c3a3o.pdf. Acesso em: 03 mar. 2020.