

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Faculdade de Medicina**  
**NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**

Bianca Leticia Duarte Vieira

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE INICIAL E MANUTENÇÃO DO  
SEGUIMENTO LONGITUDINAL DE HIPERTENSOS EM USF CIDADE NOVA**

Belo Horizonte  
2024

Bianca Leticia Duarte Vieira

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE INICIAL E MANUTENÇÃO DO  
SEGUIMENTO LONGITUDINAL DE HIPERTENSOS EM USF CIDADE NOVA**

Monografia de especialização  
apresentada à Faculdade de Medicina,  
como requisito parcial para à obtenção do  
título de Especialista em Medicina de  
Família e Comunidade

Orientador: Cláudio Luiz Ferreira Júnior

Belo Horizonte  
2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 31 do mês de outubro de 2024, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade (CEMFC) se reuniu para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do(a) aluno(a) **BIANCA LETICIA DUARTE VIEIRA** intitulado "PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE INICIAL E MANUTENÇÃO DO SEGUIMENTO LONGITUDINAL DE HIPERTENSOS EM USF CIDADE NOVA", requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. A Comissão Examinadora foi composta pelos avaliadores MARCOS AZEREDO FURQUIM WERNECK, Cláudio Luiz Ferreira Júnior e Cleya da Silva Santana Cruz. O TCC foi aprovado com a nota 100.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela coordenação do CEMFC nos 22 dias do mês de maio de 2025 pelo então coordenador Prof. Marcelo Pellizzaro Dias Afonso.

Belo Horizonte, data da assinatura eletrônica.

Prof. Marcelo Pellizzaro Dias Afonso

Coordenador do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade - CEMFC



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Pellizzaro Dias Afonso, Professor do Magistério Superior**, em 16/07/2025, às 17:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gabriel Henrique Silva Teixeira, Secretário(a) administrativo(a)**, em 17/07/2025, às 13:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **4232784** e o código CRC **8FB8E077**.

## RESUMO

O aumento do estilo de vida sedentário e o consumo de alimentos ultraprocessados têm contribuído para a crescente incidência de doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Este projeto propõe uma intervenção na Unidade de Saúde da Família (USF) de Cidade Nova, Natal/RN, focada em usuários hipertensos sem acompanhamento adequado ou não diagnosticados. A metodologia baseia-se no Planejamento Estratégico Situacional (PES), e, com o uso da Estimativa Rápida foram elencados os problemas e nós críticos a serem abordados, sendo o subdiagnóstico e submanejo da HAS, falta de educação em saúde e participação popular. Através disso, foram elaboradas estratégias visando promover a participação ativa de profissionais e usuários na proposta, que envolve o desenvolvimento de um grupo de educação continuada, onde serão discutidos fatores de risco, manejo e promoção do autocuidado em pacientes hipertensos. Estes encontros serão dirigidos pela equipe multiprofissional assistente com enfoque na participação popular, de modo a promover a educação em saúde e assegurar o seguimento adequado dos casos. Espera-se que a intervenção contribua no controle dos níveis pressóricos, qualidade de vida, redução de complicações relacionadas à hipertensão e fomente um ambiente de apoio e partilha entre usuários e profissionais, de modo a estreitar o vínculo e manter o cuidado longitudinal.

Palavras-chave: Hipertensão; Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Participação da Comunidade.

## **ABSTRACT**

The increasing prevalence of a sedentary lifestyle and the consumption of ultra-processed foods have contributed to the growing incidence of chronic diseases, such as Systemic Arterial Hypertension. This project proposes an intervention at the Family Health Unit of Cidade Nova, Natal/RN, focusing on hypertensive patients without adequate follow-up or undiagnosed cases. The methodology is based on the Situational Strategic Planning approach, and through Rapid Estimation, problems and critical issues to be addressed were identified, such as the underdiagnosis and undertreatment of Systemic Arterial Hypertension, lack of health education, and insufficient community participation. Based on these findings, strategies were developed to promote the active involvement of professionals and users in the proposal, including the creation of a continuous education group to discuss risk factors, management, and self-care promotion in hypertensive patients. These meetings will be led by the multidisciplinary healthcare team, emphasizing in community participation to foster health education and ensure adequate follow-up of cases. The intervention is expected to contribute to blood pressure control, improved quality of life, reduced complications related to hypertension, and the creation of a supportive environment for interaction between users and professionals, thereby strengthening bonds and maintaining longitudinal care.

**Keywords:** Hypertension; Primary Health Care; Health Education; Community Participation.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação e Priorização dos Problemas Identificados.....	18
Tabela 2 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o "nó crítico 1" relacionado ao problema Subdiagnóstico e Submanejo da HAS .....	20
Tabela 3 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o "nó crítico 2"relacionado ao problema Falta de Educação em Saúde.....	21
Tabela 4 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o "nó crítico 3" relacionado ao problema Participação da Comunidade .....	21

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCbV	Doença Cerebrovascular
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellito
ESF	Estratégia Saúde da Família
FA	Fibrilação Atrial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IC	Insuficiência Cardíaca
MEV	Mudanças no Estilo de Vida
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
RN	Rio Grande do Norte
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	8
1.1 Justificativa.....	9
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	11
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	15
3.1 Objetivo Geral .....	15
3.2 Objetivos Específicos.....	15
<b>4 METODOLOGIAS</b> .....	16
<b>5 PLANO DE INTERVENÇÃO</b> .....	23
<b>6 RESULTADOS ESPERADOS</b> .....	25
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	26
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	28

## 1 INTRODUÇÃO

Diversas foram as vantagens que acompanharam o advento da tecnologia e modernização do modo de vida atual, entretanto, dentre as desvantagens também acarretadas, estão a disseminação do estilo de vida sedentário, com pouca ou nenhuma atividade física incorporada na rotina diária, bem como a normalização de uma alimentação baseada em ultraprocessados ricos em sódio e gordura, tanto pela praticidade, como pela palatabilidade e valor.

Devido a este estilo de vida sedentário progressivamente disseminado na população atual, dentre outros fatores, é percebido uma relação direta com o aumento da incidência de doenças crônicas, dentre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), condição multi-fatorial, dependente de fatores ambientais, genéticos e sociais. Este é um fato preocupante, tendo em vista que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo, estando HAS associada a essas mortes cardíacas (Barroso *et al.*, 2021).

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte, hospitalizações e atendimentos ambulatoriais em todo o mundo, inclusive em países em desenvolvimento como o Brasil. Em 2017, dados completos e revisados do Datasus mostraram a ocorrência de 1.312.663 óbitos no total, com um percentual de 27,3% para as DCV. A HAS estava associada em 45% destas mortes cardíacas e de 51,0% das mortes por doença cerebrovascular (DCbV) e um percentual muito pequeno de mortes diretamente relacionadas com a HAS (13,0%). Vale ressaltar que a HAS mata mais por suas lesões nos órgãos-alvo.(Barroso *et al.*, 2021)

No que tange o município de atuação em que ocorrerá a aplicação da intervenção, Natal é a capital do estado do Rio Grande do Norte (RN), com uma população residente de 751.300 pessoas de acordo com o último censo do (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, 2022). É uma cidade dividida em quatro distritos sanitários, sendo o distrito oeste o responsável, dentre os demais serviços, pela Unidade de Saúde da Família (USF) de Cidade Nova, bairro periférico da capital do estado. Esta unidade é o único centro de saúde de todo o bairro, que possui população estimada em quase 20 mil habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, 2022), população essa que está dividida em quatro áreas de abrangência, ou seja, quatro equipes de saúde da família.

Em relação a população adscrita no território de abrangência da USF de

Cidade Nova, em particular a da área de responsabilidade da equipe II, é composta por cerca de 3 mil usuários, sendo aproximadamente 15% sabidamente hipertensos, de acordo com dados de sistema eletrônico de atendimento, esse quantitativo não contabiliza os cidadãos não cadastrados ou não diagnosticados por falta de avaliação de saúde. Desta forma, é fato que esses usuários também são vítimas do aumento na incidência de HAS, sendo percebido a ampliação exponencial dos pacientes com pressão arterial elevada quando procuram a unidade de saúde, seja qual for o motivo. Neste sentido, este trabalho se justifica na importância de entender o perfil epidemiológico, bem como o real número dos casos sem um seguimento adequado do quadro de HAS e dos ainda não diagnosticados, de modo a prevenir de modo primário desfechos cardiovasculares obscuros.

### 1.1 Justificativa

O aumento na incidência de doenças crônicas é uma realidade que vem se mostrando cada vez mais prevalente nos últimos anos. Dentre essas doenças está a HAS, que pode, por vezes, não ser diagnosticada de forma precoce por ser uma condição geralmente assintomática, não gerando preocupação no paciente, e podendo evoluir para desfechos cardiovasculares não favoráveis através de lesões em órgãos-alvo.

"Na Atenção Primária à Saúde (APS), a hipertensão arterial sistêmica é entendida como um fator de risco para o desenvolvimento e para o agravamento de doença renal crônica, de doenças cardiovasculares como doença arterial coronariana (DAC), insuficiência cardíaca (IC), fibrilação atrial (FA), e morte súbita."(Brasil, 2022)

Tendo em vista que cerca de 15% dos usuários vinculados atualmente à equipe de saúde II da USF Cidade Nova são sabidamente hipertensos, além do entendimento da subnotificação e subdiagnóstico dos casos de HAS no território em abordagem, se torna imperativo o real conhecimento do perfil epidemiológico da população adscrita, garantindo um diagnóstico precoce e acompanhamento adequado.

Assim, visando prevenir o desenvolvimento de lesões de órgão-alvo e DCV com desfechos possivelmente fatais, é possível realizar atividades de prevenção secundária, de modo a identificar e melhor manejar de forma precoce quadros hipertensivos não diagnosticados ou submanejados.

Desta forma, este trabalho se justifica na elaboração de uma proposta de intervenção que possibilite a correta identificação dos usuários que se enquadrem neste perfil, de modo a melhor abordar e manejar longitudinalmente, no intuito de manter a doença de base controlada e evitar o desenvolvimento e agravo de DCV.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Doenças como infarto, acidente vascular encefálico e arritmias cardíacas, além daquelas que possuem como principal característica a aterosclerose (presença de placas de gordura impedindo a passagem de sangue nas artérias), são classificadas como cardiovasculares. Essas enfermidades estão entre as principais causas de morte em todo o mundo (Lunkes *et al.*, 2018).

As DCV e as neoplasias são as principais causas de morte no Brasil e no mundo. Em 2017, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) foram responsáveis por 73,4% das mortes no mundo. (...) Doenças isquêmicas do coração (DIC) e doenças cerebrovasculares (DCbV) foram responsáveis por 60% das mortes por DCV (Mansur; Favarato, 2021).

Os fatores de risco globalmente conhecidos para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares são pressão arterial elevada (responsável por 13% das mortes no mundo), tabagismo (9%), altos níveis de glicose sanguínea (6%), sedentarismo (6%) e sobrepeso/obesidade (5%). Esses fatores podem ocorrer simultaneamente, o que caracteriza maior risco se comparado ao efeito de cada um isoladamente. A predisposição genética e os fatores ambientais também podem contribuir para simultaneidade desses fatores, em indivíduos com estilo de vida pouco saudável (Teston *et al.*, 2016).

Por se tratar de condição frequentemente assintomática, a HAS costuma evoluir com alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos. Ela é o principal fator de risco modificável com associação independente, linear e contínua para DCV, doença renal crônica (DRC) e morte prematura. Associa-se a fatores de risco metabólicos para as doenças dos sistemas cárdio circulatório e renal, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose, e diabetes melito (DM) (Barroso *et al.*, 2021).

A HAS não tem uma causa definida para o desenvolvimento, sendo entendida como uma condição multifatorial que depende de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais. É caracterizada por níveis de pressão arterial elevados e sustentados na ausência de medicação anti-hipertensiva (Barroso *et al.*, 2021).

De acordo com Brasil (2022), os fatores de risco relacionados ao

desenvolvimento de HAS são: genética; etnia, com prevalência e gravidade maiores em pessoas negras; sexo masculino; idade, sendo mais comum na população idosa devido à perda de complacência e enrijecimento dos vasos sanguíneos; sobrepeso/obesidade; ingestão de sódio maior que 2g (5g de sal de cozinha) ao dia; ingestão de potássio, com o aumento do seu consumo estando relacionado à diminuição dos níveis tensionais; sedentarismo, configurada em menos de 150 minutos de atividade física por semana ou 75 minutos de atividade vigorosa por semana; consumo de álcool maior ou igual a 30 gramas por dia; fatores socioeconômicos, como baixa escolaridade, moradia inadequada e baixa renda familiar; uso de alguns medicamentos e drogas; e apneia obstrutiva do sono (Brasil, 2022).

No geral, é uma condição de fácil diagnóstico e seu tratamento é eficaz utilizando-se um arsenal terapêutico diversificado, bastante eficiente e com poucos efeitos adversos. Mesmo assim, seu controle em todo o mundo é pífio, porque se trata de doença frequentemente assintomática, o que dificulta a adesão aos cuidados (Barroso *et al.*, 2021).

No caso da HAS, a promoção de saúde e a prevenção de fatores de risco são as melhores alternativas em relação ao custo-benefício do manejo de pessoas com aumento dos níveis tensionais e devem ser prescritas a todos os pacientes. Para tanto, é fundamental orientar corretamente a respeito das medidas não farmacológicas e de mudança de estilo de vida, como controle de peso, dieta saudável, redução da ingestão de sódio, aumento do consumo de potássio, prática de atividade física e diminuição da ingestão de álcool (Brasil, 2022).

A prevenção, o controle e o tratamento da HAS exigem ações integradas e coordenadas entre o sistema de saúde, profissionais da saúde, indivíduos e comunidade. Do ponto de vista da organização do sistema e da oferta de serviços, a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir dos anos 2000 representou um passo importante na redução das iniquidades em saúde e na ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde na atenção primária. Os resultados positivos da implementação da ESF podem ser demonstrados pelas reduções da mortalidade e das hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária. Programas especiais visando o controle das duas condições mais prevalentes na população brasileira também foram implementados nessa

década. O Hiperdia, direcionado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, realiza o cadastro e acompanhamento desses usuários e distribui os medicamentos necessários ao tratamento na rede básica de saúde. O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), criado em 2004, no âmbito da política de assistência farmacêutica, já beneficiou mais de um terço dos hipertensos e diabéticos, especialmente as camadas mais vulneráveis, por meio da obtenção gratuita de pelo menos um medicamento (Julião; Souza; Guimarães, 2021).

As mudanças no estilo de vida (MEV) são de difícil implementação, e a sociedade como um todo deve participar desse esforço. São importantes programas contínuos de educação em saúde dirigidos a alunos de escolas profissionalizantes; alunos de primeiro e segundo graus; equipes de instituições; empresas; e comunidade. As ações de conscientização são estratégias importantes, por meio de mídia; campanhas temáticas periódicas (...) e ações adicionais: incorporação das ações de prevenção, detecção e controle da HAS nos programas de atenção primária à saúde, incluindo crianças e adolescentes e, particularmente, programas de saúde escolar; implementação de programas de assistência multiprofissional; fortalecimento de normas governamentais para reduzir o conteúdo de sódio e gorduras saturadas dos alimentos industrializados; aperfeiçoamento na rotulagem do conteúdo nutricional dos alimentos; e monitorização das ações de prevenção e controle da HA e seus resultados por meio de eficientes indicadores de saúde (Barroso *et al.*, 2021).

A participação dos usuários no controle da doença também é parte fundamental do processo. O uso contínuo e correto da medicação somado à adoção de um estilo de vida saudável reduz as chances de complicações pela doença, resultando em menor sobrecarga dos sistemas de saúde e maior qualidade de vida para os indivíduos. Todavia, a baixa adesão aos medicamentos é tida como a principal falha no controle da HAS. (...) Não é incomum o relato de usuários que deixam de buscar assistência médica ou descontinuam o tratamento devido à ausência de sintomas ou à normalização dos níveis pressóricos. Outros fatores relacionados à baixa adesão às medidas medicamentosas são os fatores sociodemográficos como idade, nível de escolaridade e renda; compreensão e percepção dos riscos da doença pelo usuário; vínculos estabelecidos entre os profissionais de saúde e os usuários; e

questões relacionadas à organização dos sistemas de saúde (Julião; Souza; Guimarães, 2021).

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo Geral

Este projeto tem como principal objetivo a elaboração de uma proposta de intervenção com enfoque nos usuários hipertensos da Equipe II da UBS de Cidade Nova que estão sem seguimento adequado do quadro hipertensivo há mais de um ano, de modo a resgatar estes pacientes e manter um plano de reavaliação e manejo coletivo e individualizado, a depender da necessidade.

#### 3.2 Objetivos Específicos

- Entender a prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população adscrita e suas consequências se não controlada precocemente;
- Busca ativa dos pacientes hipertensos da área adscrita da equipe II da USF Cidade Nova em Natal;
- Elaborar proposta de educação permanente através de grupo de hipertensos para seguimento longitudinal e compartilhamento do cuidado;
- Assegurar assiduidade e continuidade do projeto de forma a melhor catalogar e controlar a evolução da doença nos pacientes da área de abrangência.

#### 4 METODOLOGIAS

Para a formulação do embasamento teórico do estudo, foi utilizado a princípio do método revisão e pesquisa bibliográfica, com a soma de dados e informações coletadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), bem como revistas, diretrizes e artigos disponíveis na base Scientific Electronic Library Online (SciELO) pertinentes ao tema abordado, de modo a construir o embasamento teórico de suporte para a proposta de intervenção a ser implementada.

Já a formulação e elaboração do presente trabalho foi embasada nos preceitos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), método que propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo, incorporando pontos de vista de vários setores sociais, a população incluída, com a explanação das demandas, propostas e estratégias de diferentes atores sociais. (Santos, 2010).

Essa participação enriquece o processo de planejamento, criando corresponsabilidade dos atores com a efetivação do plano de ação, dando mais legitimidade e, mesmo, viabilidade política ao plano. Portanto, o conceito de ator social é muito importante. Ou seja, ter clareza de quem é o ator que planeja e de quais outros atores que estão também envolvidos na situação é fundamental para o sucesso do plano. É também fundamental considerar que cada ator vê e atua sobre a realidade a partir de percepções diferentes, o que torna necessária uma ação central (não centralizadora, mas aglutinadora) capaz de construir uma coerência global entre as ações parciais dos diversos atores sociais (Santos, 2010).

Desta forma, a devida efetivação da proposta em andamento dependerá da participação social dos fatores envolvidos para levantamento dos nós críticos e elaboração de estratégias de intervenção contínua, de modo a de fato se tornar um momento de real impacto a médio e longo prazo na vida dos usuários. Assim, será realizado o diagnóstico situacional e busca ativa dos usuários que se enquadram no perfil procurado com auxílio de toda a equipe multiprofissional, em especial os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de modo a tornar possível a aplicabilidade do projeto em desenvolvimento.

Para o efetivo diagnóstico situacional em saúde, definição do problema

que necessita de intervenção imediata e quais ações devem ser implementadas para a sua devida abordagem, foi utilizado o método de estimativa rápida.

A Estimativa Rápida constitui um modo de obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais - autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais, etc. - que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas (Faria; Campos; Santos, 2018).

## **1 Primeiro Passo: Identificação dos problemas**

Desta forma, através de registros e planilhas elaboradas via prontuário eletrônico, observação direta durante assistência na área e em reuniões com participação de toda a equipe, foram levantados os principais problemas de saúde enfrentados pela comunidade passíveis de intervenção através de saúde popular e incentivo ao cuidado.

Assim, com base no planejamento estratégico, os seguintes problemas de saúde foram identificados como prioritários para intervenção:

- Acompanhamento do paciente hipertenso de forma longitudinal e regular;
- Acompanhamento do paciente com diabetes;
- Saúde reprodutiva e controle de natalidade;
- Abordagem em saúde mental;
- Controle do paciente com sobrepeso e obesidade;
- Controle e combate ao tabagismo;
- Índices de violência e tráfico na região.

## **2 Segundo Passo: Classificação e Priorização de Problemas**

Para a identificação e abordagem do problema prioritário a ser abordado, foram utilizados os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento, descritos por (Faria; Campos; Santos, 2018).

**Tabela 1 - Classificação e Priorização dos Problemas Identificados**

Principais Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de Enfrentamento***	Seleção
Acompanhamento do paciente com hipertensão	Alta	9	Total	1
Acompanhamento do paciente com diabetes	Alta	5	Total	2
Saúde reprodutiva	Média	3	Parcial	5
Saúde mental	Alta	5	Parcial	3
Acompanhamento do paciente com obesidade e sobrepeso	Alta	4	Parcial	4
Combate ao tabagismo	Média	2	Parcial	6
Violência e tráfico	Alta	2	Fora	7

\* Alta, média ou baixa

\*\* Distribuir até 30 pontos para cada problema identificado

\*\*\* Total, parcial ou fora

Fonte: Autora, 2024

Desta forma, a abordagem e acompanhamento do paciente hipertenso para controle de forma longitudinal e contínua foi selecionado como o problema a ser priorizado.

### 3 Terceiro Passo: Descrição do Problema

Como explanado, a HAS se configura como um dos principais desafios de saúde pública no Brasil e no mundo. Por ser uma condição frequentemente assintomática, por vezes temos um diagnóstico tardio ou manejo inadequado por falta de controle e reavaliações periódicas, o que tende a levar a graves complicações como DCV e lesões em órgãos-alvo. A realidade observada na USF de Cidade Nova é de que cerca de 15% dos pacientes cadastrados na equipe II são diagnosticados com HAS. Desses pacientes, segundo dados levantados em prontuário eletrônico (2024), apenas 35% compareceram para reavaliação de saúde nos últimos seis meses. Entretanto, é importante ressaltar que o número total de hipertensos pode ser subestimado devido a falta de identificação de casos não diagnosticados.

Diante desses dados, se torna urgente a necessidade de implementar estratégias de prevenção e controle da HAS, pois a inação pode resultar em desfechos fatais e na deterioração da qualidade de vida da população afetada.

#### **4 Quarto Passo: Explicação do Problema**

No intuito de compreender a gênese do problema através de suas causas, pode-se entender que uma explicação situacional, enquanto um processo de conhecimento, deve ser capaz de compreender o modo como um problema é produzido, identificando quais são as causas desse problema e qual a relação entre elas (Faria; Campos; Santos, 2018).

Neste sentido, é de entendimento que a HAS é uma condição multifatorial, influenciada por variáveis ambientais, sociais e genéticas. O estilo de vida contemporâneo, caracterizado pela baixa atividade física e pela alimentação inadequada, desempenha um papel crucial no aumento da incidência de HAS. O reconhecimento tardio e o manejo inadequado não apenas elevam o risco de complicações cardiovasculares, mas também sobrecarregam o sistema de saúde, resultando em hospitalizações e mortalidade evitáveis.

Assim, na tentativa de abordar este problema, a equipe de saúde da USF Cidade Nova enfrenta um desafio duplo: primeiro, a identificação e o registro de usuários hipertensos que não estão em seguimento adequado; segundo, a necessidade de engajamento desses pacientes em programas de educação em saúde que promovam a conscientização sobre a hipertensão e seus riscos. Sem uma abordagem proativa, o quadro atual tende a se agravar, com uma proporção crescente de indivíduos não diagnosticados ou mal acompanhados, exacerbando as taxas de morbidade e mortalidade associadas à HAS.

#### **5 Quinto Passo: Seleção dos "nós críticos"**

Através de análise de atuação e viabilidade, os nós críticos selecionados para abordagem foram:

1. Subdiagnóstico e Submanejo da HAS: A dificuldade em identificar pacientes hipertensos que não estão cadastrados ou diagnosticados é um dos principais desafios. A falta de um registro sistemático e a falta de busca ativa para identificar esses indivíduos impede intervenções precoces.

2. Falta de Educação em Saúde: A carência de programas de educação continuada voltados para a conscientização sobre a HAS, seus riscos e a importância do tratamento adequado contribui para o desinteresse e a falta de

adesão ao tratamento.

3. Participação da Comunidade: A participação ativa da população no autocuidado e na adesão ao tratamento é crucial. A ausência de iniciativas que promovam o engajamento da comunidade dificulta a construção de uma rede de suporte para os hipertensos.

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

Nas seguintes tabelas (2, 3 e 4), foram detalhadas as operações, projetos, resultados e produtos esperados, bem como abordados a viabilidade e gestão das operações, conforme descrito do sexto ao décimo passo do PES.

**Tabela 2 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o "nó crítico 1" relacionado ao problema Subdiagnóstico e Submanejo da HAS**

Nó crítico	Subdiagnóstico e Submanejo da HAS
6º passo: operação	Campanhas de busca ativa e aferições de PA na população geral
6º passo: projeto	Capacitar os ACS para identificar e registrar pacientes hipertensos não diagnosticados
6º passo: resultados esperados	Localizar os usuários hipertensos não controlados e abordar de forma multidisciplinar
6º passo: recursos necessários	Organizacionais: recursos humanos e esfigmomanômetro; Cognitivos: profissionais de saúde treinados e devidamente capacitados
7º passo: viabilidade do plano – recursos críticos	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Cognitivo: disponibilidade de informações e capacitação contínua
8º passo: controle dos recursos críticos – ações estratégicas	Reuniões de equipe semanais Responsáveis: ACS, médica e enfermeira da equipe
9º passo: acompanhamento do plano – responsáveis e prazos	Responsáveis: ACS, médica e enfermeira da equipe Prazos: busca ativa da população alvo de forma contínua no território
10º passo: gestão do plano – monitoramento e avaliação das ações	Reavaliação semanal do andamento da proposta em reuniões de equipe para avaliação e feedback; Avaliação da ação com base no quantitativo de usuários hipertensos em acompanhamento

Fonte: Autora, 2024

**Tabela 3 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o "nó crítico 2" relacionado ao problema Falta de Educação em Saúde**

Nó crítico	Falha de Educação em Saúde
6º passo: operação	Grupo de educação continuada para pacientes hipertensos
6º passo: projeto	Criação de grupo de hipertensos divididos por microárea para reavaliação contínua e educação em saúde
6º passo: resultados esperados	Aumentar a adesão terapêutica da população alvo, bem como explicar a abordagem multiprofissional no que tange aos fatores de risco, manejo medicamentoso e não medicamentoso da HAS
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Organizacional: reservar galpão da unidade para atividade coletiva, recursos humanos, esfigmomanômetro, balança e fita métrica; Financeiro: para aquisição de brindes, folhetos educacionais etc.
7º passo: viabilidade do plano – recursos críticos	Cognitivo: disponibilidade dos profissionais qualificados para conduzir discussão
8º passo: controle dos recursos críticos – ações estratégicas	Reuniões de equipe semanais Responsáveis: equipe de saúde da família
9º passo: acompanhamento do plano – responsáveis e prazos	Responsáveis: equipe de saúde da família; Prazos: reuniões semanais com população alvo e entre equipe
10º passo: gestão do plano – monitoramento e avaliação das ações	Reavaliação semanal do andamento da proposta em reuniões de equipe para avaliação e feedback; Avaliação da ação com base na resposta do controle pressórico e de comorbidades dos usuários hipertensos em acompanhamento

Fonte: Autora, 2024.

**Tabela 4 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o "nó crítico 3" relacionado ao problema Participação da Comunidade**

Nó crítico	Participação da Comunidade
6º passo: operação	Grupo de educação em saúde para hipertensos com enfoque na capacitação e participação popular
6º passo: projeto	Criação de grupo de hipertensos com enfoque na educação em saúde através de abordagem multidisciplinar, explicações e discussões sobre mudança de estilo de vida e partilha de experiências coletivas e individuais
6º passo: resultados esperados	Promover o compartilhamento do cuidado e empoderamento do usuário acerca da sua condição de saúde, estimulando o conhecimento sobre medidas necessárias para o controle pressórico fora a adesão medicamentosa, bem como um acompanhamento regular com profissional de saúde
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Organizacional: galpão da unidade para atividade coletiva, recursos humanos com equipe multiprofissional, esfigmomanômetro, balança e fita métrica
7º passo: viabilidade do plano – recursos críticos	Cognitivo: profissionais qualificados para conduzir discussão e partilha de experiência entre usuários
8º passo: controle dos recursos críticos – ações estratégicas	Reuniões de equipe semanais Responsáveis: equipe de saúde da família
9º passo:	Responsáveis: equipe multiprofissional de saúde da família; Prazos:

acompanhamento do plano – responsáveis e prazos	reuniões semanais com participação de usuários alvo e equipe de saúde
10º passo: gestão do plano – monitoramento e avaliação das ações	Reavaliação semanal do andamento da proposta em reuniões de equipe para avaliação e feedback; Avaliação da ação com base na resposta do controle pressórico, comorbidades e adesão a mudanças no estilo de vida dos usuários hipertensos em acompanhamento

Fonte: Autora, 2024.

## 5 PLANO DE INTERVENÇÃO

Portanto, realizar a implementação e continuidade das estratégias para prevenção e controle dos fatores de risco cardiovasculares no contexto da APS se torna fundamental para qualquer sistema de saúde do mundo, visando o alcance de uma melhor qualidade de vida para a população.

Neste sentido, e levando em consideração a importância relatada anteriormente acerca da necessidade de um diagnóstico precoce e controle contínuo dos quadros de HAS na população como um todo, o plano de intervenção proposto é focado na criação de um grupo de educação continuada em saúde com os pacientes hipertensos para manter um cuidado longitudinal na população pertencente a área de abrangência da equipe 2 do PSF de Cidade Nova, em Natal/ RN.

Após discussão com equipe multiprofissional durante reuniões semanais programadas, a princípio este grupo ocorrerá de forma semanal em um galpão anexo à unidade de saúde, ocupando um turno de serviço. Faremos a divisão dos pacientes de acordo com sua microárea. Levando em consideração a totalidade de seis microáreas componentes da área de abrangência da equipe, teremos uma rotatividade inicial de seis semanas para cada grupo, podendo ser ajustada posteriormente conforme necessidade.

O grupo será focado em educação continuada e abordagem multiprofissional no que tange aos fatores de risco, manejo medicamentoso e não medicamentoso da HAS. Do time multiprofissional atuante nos encontros, contaremos com o apoio dos integrantes da própria equipe II do PSF, composta por médica, enfermeira, seis agentes comunitários de saúde e uma técnica de enfermagem, bem como com a nutricionista, educador físico e odontólogo, profissionais lotados na unidade.

Desta forma, serão elencados temas centrais de discussão para cada encontro, com mediação da discussão por algum dos profissionais componentes da equipe e estímulo da participação dos usuários nas discussões e debates, de modo a incentivar a partilha de experiências individuais e coletivas com a doença e esclarecimento de dúvidas, bem como incentivo ao cuidado compartilhado, longitudinal e centrado no usuário de forma contínua. Durante a realização do grupo também será realizada a aferição da pressão arterial, medidas antropométricas como peso e altura, bem como atualização do calendário vacinal quando necessário.

Para os usuários sem seguimento de longa data, teremos a requisição de

exames periódicos para avaliação laboratorial, renovação dos receituários de medicamentos em uso contínuo disponibilizados de forma gratuita pelo SUS, bem como agendamentos para consultas individuais quando houver necessidade.

Com relação a duração do grupo, a priori não será definida uma meta para término da ação, tendo em vista que o seguimento desses usuários será mantido de forma continuada e a manutenção de um grupo de educação continuada se torna um incentivo para o autocuidado e participação efetiva do usuário no controle da doença.

## 6 RESULTADOS ESPERADOS

Com a implementação e adequada continuidade do projeto de intervenção proposto, alguns são os resultados de interesse coletivo esperados, todos visando um aprimoramento expressivo na assistência à saúde e manutenção da longitudinalidade e compartilhamento do cuidado, de forma a melhorar a qualidade de vida e reduzir desfechos cardiovasculares obscuros. Dentre os resultados esperados após a efetiva implementação do grupo sugerido, estão:

- Busca ativa com aumento da captação e identificação de casos de pacientes hipertensos não diagnosticados ou sem seguimento multiprofissional adequado;
- Controle adequado dos níveis de pressão arterial dos hipertensos, assegurando a meta pressórica preconizada através das aferições regulares da PA durante os encontros e ajuste das medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Promoção do autocuidado através da educação em saúde, de modo a explicar o conceito da HAS, fatores de risco e estratégias de controle da PA, incentivando, assim, um estilo de vida saudável;
- Participação comunitária ativa nas discussões e atividades do grupo de educação em saúde, promovendo a partilha de experiências, dúvidas e estratégias para controle de danos, de modo a proporcionar um ambiente inclusivo e acolhedor, fortalecendo o vínculo entre os usuários e o serviço de saúde;
- Acompanhamento longitudinal dos usuários hipertensos, com avaliações regulares e periódicas e renovação dos receituários, de forma a garantir a continuidade do cuidado;
- Redução de complicações relacionadas à hipertensão na população em acompanhamento, através do controle da doença e adequado manejo;
- Promoção de um ambiente colaborativo e de partilha entre os profissionais da saúde, resultando em um atendimento integrado e eficaz para os usuários;
- Documentação dos resultados, de modo a monitorar a evolução dos casos acompanhados e permitir uma análise posterior acerca da eficácia da intervenção e a identificação das lacunas não abordadas.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS se configura como um desafio significativo à saúde pública, por ser uma condição frequentemente assintomática que pode acarretar complicações graves e até fatais. A análise realizada neste estudo destacou a importância de um diagnóstico precoce e manejo contínuo e longitudinal desta condição, especialmente em locais de alta prevalência, como no bairro de Cidade Nova em Natal/RN. O aumento da incidência de doenças crônicas, aliado a fatores como o sedentarismo e dietas inadequadas, demanda intervenções estratégicas e integradas.

A proposta de intervenção descrita, focada na criação de um grupo de educação continuada focado no cuidado para pacientes hipertensos, visa não apenas o manejo e controle da pressão arterial, mas também a promoção do autocuidado e da educação em saúde. Ao adotar uma abordagem multiprofissional e a realização de encontros regulares, espera-se que os usuários recebam orientações acerca da condição, como também se tornem capazes de participar ativamente do seu tratamento.

Dentre os resultados esperados estão a captação de casos não diagnosticados, o controle adequado da pressão arterial e a redução de complicações associadas à hipertensão não controlada. Além disso, a construção de um ambiente de apoio e partilha entre os usuários e profissionais de saúde tende a fortalecer os vínculos e melhorar a adesão ao tratamento.

A implementação deste plano de intervenção tem o intuito de ser um fator importante na promoção da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares na comunidade atendida pela USF de Cidade Nova. A continuidade da ação, com a monitorização e documentação dos resultados, permitirá a avaliação a longo prazo da eficácia das ações implementadas, bem como a identificação de áreas que necessitem de uma reabordagem, garantindo, desta forma, a relevância e a sustentabilidade da proposta no longo prazo.

Em conclusão, a iniciativa do grupo de educação em saúde busca não apenas melhorar a qualidade de vida dos usuários hipertensos, mas também incentivar a construção de uma cultura de saúde coletiva, com enfoque na prevenção e cuidado contínuo, beneficiando toda a comunidade nas áreas que necessitem de uma maior assistência. Neste sentido, a adesão e participação

comunitária ativa são fatores fundamentais para o sucesso deste projeto, reforçando a importância de um sistema de saúde que valorize a interação e compartilhamento do cuidado entre profissionais e usuários.

## REFERÊNCIAS

- BARROSO, W. *et al.* Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Sociedade Brasileira de Cardiologia, v. 116, n. 3, p. 516–658, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagem a problemas cardiovasculares** [módulo 17]. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 2022.
- FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Cidades e Estados - Natal, RN**. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rn/natal.html>. Acesso em: 10 set 2024.
- JULIÃO, N. A.; SOUZA, A.; GUIMARÃES, R. R. M. Tendências na prevalência de hipertensão arterial sistêmica e na utilização de serviços de saúde no Brasil ao longo de uma década (2008-2019). **Ciência Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4007–4019, set. 2021.
- LUNKES, L. C. *et al.* Fatores socioeconômicos relacionados às doenças cardiovasculares: Uma revisão. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 14, n. 28, p. 50–61, jul. 2018.
- MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e câncer na população brasileira com idade entre 35 e 74 anos, 1996-2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v. 117, n. 2, p. 329–340, ago. 2021.
- SANTOS, M. A.; FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- TESTON, E. F. *et al.* Fatores associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Medicina** (Ribeirão Preto), v. 49, n. 2, p. 95–102, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/118390>. Acesso em: 15 set. 2024.