

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**GRETTEL GRICELDA PEREZ VALDES**

**ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO MEDIANTE RISCOS  
MODIFICÁVEIS EM USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NO  
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR. JOSÉ MARTINS DA SILVA  
EM SÃO JOSÉ DA VARGINHA**

**BELO HORIZONTE / MG  
2019**

**GRETTEL GRICELDA PEREZ VALDES**

**ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO MEDIANTE RISCOS  
MODIFICÁVEIS EM USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NO  
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR. JOSÉ MARTINS DA SILVA  
EM SÃO JOSÉ DA VARGINHA**

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 em Saúde da Família.

Orientadora: Dra Marília Rezende da Silveira

**BELO HORIZONTE / MG**

**2019**

**GRETTEL GRICELDA PEREZ VALDES**

**ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO MEDIANTE RISCOS  
MODIFICÁVEIS EM USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NO  
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR. JOSÉ MARTINS DA SILVA  
EM SÃO JOSÉ DA VARGINHA**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Professor(a). Dra. Marília Rezende da Silveira - UFMG

Examinador 2: Professora Dra. Márcia Christina Caetano Romano -UFSJ

Aprovado em 07 de maio de 2019.

## DEDICATÓRIA

Em memória do meu pai e minha mãe, por estarem sempre ao meu lado, guiando meus passos no caminho do saber. Ao meu namorado, por sua compreensão, seu amor e sua paciência infinita comigo.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida, pela inteligência e pelas oportunidades oferecidas em minha vida. Agradeço aos meus pais pelo carinho, amor e dedicação com que me criaram e me fizeram ser a pessoa que sou hoje. Agradeço aos meus professores, colegas e amigos pelas inúmeras contribuições em meu aprendizado, em meu crescimento pessoal e profissional. Agradeço à minha equipe de trabalho, principalmente Dr<sup>a</sup> Jany e Enfermeiro Glebersson, fontes das informações utilizadas para a realização desse trabalho e de muitas experiências de trabalho que obtive durante essa missão no Brasil.

*“A medicina verdadeira não é aquela que cura, mas a que precavem.” (José Martin)*

## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família trabalha com a prevenção e promoção da saúde, atua sobre o indivíduo e o coletivo, busca o atendimento integral, e se orienta pelos princípios do Sistema Único de Saúde. Atua ainda no controle de doenças crônicas, com destaque para a hipertensão arterial sistêmica. Para promover o controle das doenças, melhorar a qualidade de vida e diminuir os fatores de risco dos usuários são necessárias medidas que facilitem o acesso ao tratamento, tanto da doença como na prevenção dos fatores de risco e as possíveis complicações. Esse TCC tem como objetivo desenvolver um plano de intervenção para diminuir os fatores de risco e complicações clínicas nos usuários com hipertensão na área de atuação da Equipe de Saúde da Família Jose Martins da Silva de São Jose da Varginha MG. A elaboração do plano de intervenção se orientou pelo método do Planejamento Estratégico Situacional e fundamentada pela pesquisa bibliográfica realizada na base dados LILACS e SciELO. Inferimos que para lograr o controle das doenças e diminuir os fatores de risco dos usuários são necessárias medidas que facilitem o acesso e adesão destes ao tratamento. Na área onde a pesquisa foi realizada existe a necessidade de medidas que visem orientar os usuários, quanto aos fatores de risco, mudanças no estilo de vida, adesão ao tratamento, prevenção de complicações, a fim de melhorar a qualidade de vida desses.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Hipertensão.

## ABSTRACT

The Family Health strategy works with the prevention and promotion of health, acts on the individual and the collective, seeks integral care, and is guided by the principles of the Unified Health System. It also acts in the control of chronic diseases, hypertension. To promote disease control, improve quality of life, and reduce risk factors for users, measures are needed to facilitate access to treatment for both the disease and the prevention of risk factors and possible complications. This CBT aims to develop an intervention plan to reduce risk factors and clinical complications in users with hypertension in the area of action of the Jose Martins da Silva Family Health Team in São José da Varginha MG. The elaboration of the intervention plan was guided by the Situational Strategic Planning method and was based on a bibliographic research based on LILACS and SciELO data. We infer that in order to achieve disease control and decrease the risk factors of users, measures are necessary to facilitate their access and adherence to treatment. In the area where the research was carried out there is a need for measures aimed at guiding users, regarding risk factors, changes in lifestyle, adherence to treatment, prevention of complications, in order to improve their quality of life.

**Key words:** Family Health Strategy; Primary Health Care. Hypertension.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS - Atenção Básica à Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CEASA – Central de Abastecimento

DM – Diabetes Mellitus

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados na Unidade Básica de Saúde Dr. José Martins da Silva

Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico “pouco conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica” elencado pela Equipe de Saúde da Família Dr. José Martins da Silva.

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “prevenção de agravos e complicações” elencado pela Equipe de Saúde da Família Dr. José Martins da Silva.

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “falta de adesão ao tratamento” elencado pela Equipe de Saúde da Família Dr. José Martins da Silva.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1 Breves informações sobre o município .....	12
1.2 O sistema municipal de saúde.....	13
1.3 A Unidade Básica de Saúde PSF Dr. José Martins da Silva, seu território e sua população.....	15
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade: primeiro passo .....	16
1.5 Priorização dos problemas para plano de intervenção: segundo passo .	17
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	19
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	20
3.1 Geral.....	20
3.2 Específicos .....	20
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	21
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	22
5.1 Estratégia Saúde da Família .....	22
5.2 Atenção Primária à Saúde.....	22
5.3 Hipertensão .....	23
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b> .....	24
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	24
6.2 Explicação do problema priorizado (quarto passo).....	24
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) .....	25
6.4 Desenho das operações.....	25
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	29
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	32

## 1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família trabalha com a prevenção e promoção da saúde, atua sobre o indivíduo e o coletivo, busca o atendimento integral e se orienta pelos princípios do SUS. Atua, ainda, no controle de doenças crônicas, com destaque para hipertensão arterial sistêmica, objeto desse estudo, devido ao número elevado de complicações que podem acometer as pessoas com hipertensão, quando não fazem o controle dessa doença.

São inúmeros os fatores ligados à incidência da hipertensão arterial. Dentre eles, destacam-se os fatores políticos, ambientais, econômicos e socioculturais. Essa doença é herdada dos pais em 90% dos casos, mas há vários fatores que influenciam nos níveis de pressão arterial, entre eles o fumo, o consumo de bebidas alcoólicas, a obesidade, o estresse, o elevado consumo de sal, níveis altos de colesterol, falta de atividade física. Além desses fatores de risco, sabe-se que a incidência da pressão alta é maior na raça negra, em diabéticos e aumenta com a idade. Tais fatores influenciam diretamente sobre o tratamento e controle da saúde desses pacientes (BRASIL, 2017).

Para realizar o controle das doenças, melhorar a qualidade de vida e diminuir os fatores de risco desses usuários são necessárias medidas que facilitem o acesso ao tratamento, tanto da doença como na prevenção dos fatores de risco de possíveis complicações. Na área considerada neste estudo, existe a necessidade de orientar os usuários, pois, além dos medicamentos disponíveis atualmente, é imprescindível adotar um estilo de vida saudável, mantendo peso adequado, mudando hábitos alimentares, não abusando do sal, utilizando outros temperos que ressaltam o sabor dos alimentos, praticando atividade física regular, aproveitando momentos de lazer, abandonando o fumo, moderando o consumo de álcool, evitando a ingestão de alimentos gordurosos e controlando o diabetes (BRASIL, 2017).

### 1.1 Breves informações sobre o município

O município de São José da Varginha, situado na Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte, Microrregião de Pará de Minas, no estado de Minas Gerais, faz limite com Fortuna de Minas, Pequi, Onça de Pitangui, Pará de Minas e Esmeraldas. A distância que o separa da capital mineira é de 108 Km. Tem área total de 205,099 km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 20,48 hab/Km<sup>2</sup> e população total de 4.834 habitantes (IBGE,2017).

O município conta com extensa área rural e as atividades agrícolas geram emprego e são fonte de renda para a maioria da população trabalhadora nas lavouras de hortaliças e frutas, plantações de tomate, abóbora, pepino que, em sua quase totalidade, é encaminhada às Centrais de Abastecimento - CEASA. A criação de gado bovino, suíno e aves é outra atividade econômica bastante disseminada na região. Na área urbana, duas empresas empregam outra parte da população. Uma grande empresa de abate e industrialização de aves (PIF PAF) e uma empresa de peças elétricas para carros (SUMIDENSO DO BRASIL). O comércio local conta com pequenos mercados, poucas lojas, salões de beleza, bares, sacolões de verduras e frutas e açougues. A cidade se desenvolve lentamente e, se comparado a outros municípios de mesma idade, não conta com infraestrutura e economia condizente com a época em que foram fundados (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA VARGINHA, 2015).

A cidade tem forte tradição na área cultural e todos os anos são realizadas festividades típicas como a Festa do Tomate, a Festa do Frango e as Festas de Carro de Boi e Cavalgadas (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA VARGINHA, 2015).

Na região central, encontram-se duas escolas públicas, uma estadual - Escola Estadual Dona Antônia Valadares - e uma municipal - Escola José Moreira Duarte e um centro de educação infantil – CEMEI Dona Rosália Maria de Resende.

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

O município dispõe de duas unidades do Programa de Saúde da Família e um centro de saúde 24 horas, que conta com dois médicos clínicos em uma unidade básica de saúde, com enfermeiros de plantão, que encaminham os

casos de urgência e emergência para o Pronto Atendimento de Pará de Minas. Além dos dois médicos clínicos que revezam dois plantões de quatro horas cada, a UBS conta com dois pediatras, um ginecologista, um fisioterapeuta, uma psicóloga e um cirurgião.

A população tem muito apreço pela unidade de saúde. Faltam especialidades médicas, não há laboratório nem aparelhos para radiografias, ressonância ou tomografia, o que dificulta a realização dos diagnósticos. Os serviços de alta complexidade são terceirizados em Betim e Belo Horizonte, inviabilizando o acesso da população, além das longas filas de espera. A referência para urgências e emergências é o Pronto Socorro de Pará de Minas, situado a 18 km do município e é uma unidade que atende toda a região e, por isso, está sempre lotada. O hospital mais próximo fica em Pará de Minas e passa por uma grave situação financeira, com greve de funcionários em decorrência da falta de pagamento, realizando apenas procedimentos de urgência. Existe uma grande dificuldade para encaminhar os casos graves que necessitam de internação.

O cuidado ao indivíduo portador de pressão alta, com exames e procedimentos mais complexos devido a complicações provenientes dessa doença, é realizado no âmbito da média e alta complexidade do SUS. Estes indivíduos deverão ser encaminhados para pontos de atenção de densidade tecnológica equivalente e com equipes de saúde preparadas para a abordagem. (BRASIL, 2017). Em São José da Varginha, os casos de hipertensão arterial são investigados, avaliados, tratados e acompanhados pelo Programa de Saúde da Família, sendo encaminhados para o serviço de referência em alta complexidade quando se agravam.

O sistema de saúde municipal trabalha com a participação ativa do Conselho Municipal de Saúde, que é um órgão colegiado, de caráter permanente, deliberativo, consultivo e normativo. Sua função é atuar na formulação de estratégias e controle de execução da Política de Saúde no município, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. As reuniões são mensais e há participação ativa, com a apreciação, opinião e decisão dos diversos problemas relativos à saúde e, trimestralmente, são analisadas as prestações de contas do Fundo Municipal de Saúde, quando são avaliados todos os convênios.

O Sistema de Referência e Contra-Referência é um mecanismo administrativo, onde os serviços estão organizados de forma a possibilitar o acesso a todos os serviços existentes no SUS pelas pessoas que procuram as unidades básicas de saúde. Essas unidades são, portanto, a porta de entrada para os serviços de maior complexidade, caso haja necessidade do usuário. Essas unidades de maior complexidade são chamadas “Unidades de Referência”. O usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é referenciado – encaminhado - para uma unidade de maior complexidade, a fim de receber o atendimento que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser contra-referenciado, ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para a continuidade do atendimento.

O município participa do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba – CISMEP, onde tem garantido o acompanhamento das mulheres, com realização de mamografia, ultrassonografia de mama e exame obstétrico, consultas e, em especial, às gestantes com risco na gravidez, a oferta de serviços multidisciplinares (psicologia, nutrição, enfermagem, etc.) de pré-natal, para apoio e fortalecimento das ações de atenção primária. As mães e as crianças, contam com esse mecanismo de serviços como garantia de boa assistência e acompanhamento. O Hospital Sofia Feldman é referência de Média e Alta Complexidade. Para Betim, Pará de Minas e Belo Horizonte, o município encaminha os quadros de maior complexidade, onde estão pactuados os atendimentos não oferecidos.

### **1.3 A Unidade Básica de Saúde PSF Dr. José Martins da Silva, seu território e sua população**

A Unidade Básica de Saúde PSF Dr. José Martins da Silva foi fundada em 2014, para atender a população rural da cidade de São José da Varginha, e está situada na Praça Dom Cabral, 19, centro.

A Equipe de Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde PSF Dr. José Martins da Silva é composta por uma médica, do Programa Mais Médicos Para o Brasil, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e cinco agentes de saúde. Tal equipe é responsável pelos trabalhos cujo principal objetivo é a

melhoria da saúde da população rural do município, através de ações de promoção e prevenção de saúde, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde.

O cuidado em saúde é exercido com ações de proteção em saúde, capacitação dos agentes de saúde, trabalhos vinculados à escola, ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), ao grupo de idosos, à equipe de saúde bucal, nos grupos de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), nos grupos de gestante, grupo de tabagistas. O trabalho acontece em equipe e a comunicação é a principal ferramenta de intervenção. O trabalho em rede acontece com as pactuações realizadas pela gestão com o serviço de urgência e emergência e o serviço especializado, o trabalho intersectorial ocorre de forma organizada onde os diferentes serviços buscam o atendimento integral.

De segunda até sexta, de sete às 16 horas, a equipe atende consultas médicas básicas e de enfermagem, atendimento em odontologia, puericultura, pré-natal, planejamento familiar, grupos de hipertensos e diabéticos, atendimento a doentes mentais, coleta de material para exame preventivo de câncer de colo uterino, teste do pezinho, reuniões comunitárias, palestras nas escolas e nas unidades, visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos. Realizam-se ações do Hiperdia, Vigilância e Epidemiológico, nos campos de fisioterapia, psicologia, hiperdia, farmácia, dentre outros.

#### **1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade: primeiro passo**

Em nossa área de atuação, no município de São José da Varginha - MG, os problemas mais comuns não diferem da maioria dos Programas de Saúde da Família (PSF's).

Depois de analisar os dados captados a partir de estimativa rápida, foi oportunizada a discussão relativa aos principais problemas enfrentados pela Equipe de Saúde da Família e a comunidade.

Foram citados vários problemas como, o baixo desenvolvimento socioeconômico do município, a infraestrutura inadequada que ainda conta



com redes fluviais e pluviais não estruturadas, alagamentos, erosões e desabamentos em alguns pontos da cidade, a falta de reservatórios naturais de água, gestores sem formação adequada para atuarem especificamente nos departamentos, apresentando ainda falta de experiência e certa dificuldade para organizar o serviço esperado.

Outras dificuldades elencadas são a falta de especialidades médicas para atendimento local, ausência de laboratório no município, baixa adesão de usuários hipertensos e diabéticos aos tratamentos, grande número de obesos e sedentários no município, elevado número de usuários de psicotrópicos, deficiência nos envios de contra-referência, população com baixa escolaridade e uma cultura arraigada que dificulta a mudança de hábitos e costumes.

### **1.5 Priorização dos problemas para plano de intervenção: segundo passo**

Após análise, a equipe entrou em consenso sobre priorizar os usuários hipertensos e diabéticos, devido ao grande número e à dificuldade de controle adequado.

Apesar de grande esforço para otimização do tratamento desses usuários, através de consultas que ocorrem, no mínimo, duas vezes ao ano, grupos operativos, informações e instruções durante as consultas, esse ainda é um grande problema enfrentado por todos. Na tentativa de melhorar a qualidade da assistência prestada à saúde da população, utilizando-se da Estimativa Rápida foram levantados os problemas observados no município:

- Falta de conhecimento da população a respeito das doenças e agravos de saúde;
- Descontrole nos quadros de hipertensão;
- Baixa adesão aos tratamentos;
- Gestores sem formação nas áreas em que atuam;
- Descontrole nos quadros de diabetes;
- Grande número de tabagistas;
- Grande número de usuários de medicamentos psicotrópicos;
- Grande número de obesos;
- Muitos quadros de câncer;
- População com baixa escolaridade;

- População com baixa renda.

Analisando a situação do setor da saúde no município, estabeleceu-se como nó crítico, a falta de conhecimento da população acerca das doenças e seus agravamentos para a saúde. O enfoque foi direcionado para a hipertensão arterial sistêmica, já que os usuários hipertensos são numerosos e existe a dificuldade de controle adequado.

Acredita-se que o poder da educação e do conhecimento seja imprescindível para entendimento dos casos e melhoria na adesão aos tratamentos das doenças. Dessa forma, ao propor solução para o problema da falta de conhecimento sobre as patologias, é desencadeada também a solução para melhoria dos tratamentos da hipertensão arterial sistêmica.

Essa doença é a patologia que acomete grande parte da população e, aumentar a adesão aos tratamentos melhoraria os controles e preveniria as complicações. Para isso, definiu-se que o foco da equipe deve ser trabalhar a educação em saúde com a população de São José da Varginha, levando-se em consideração a gravidade do problema, a relevância, a urgência e a elevada incidência dos fatores de risco em pessoas com doenças crônicas. A seguir, o quadro 1 demonstra os principais problemas identificados e os procedimentos a serem realizados a partir dessa identificação.

— QUADRO 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados na Unidade Básica de Saúde Dr. José Martins da Silva

Formatado: Justificado

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância*</b>	<b>Urgência**</b>	<b>Capacidade de enfrentamento***</b>	<b>Seleção Priorização****</b>
Descontrole nos quadros de hipertensão	Alta	7	Parcial	1
Baixa adesão aos tratamentos	Alta	6	Parcial	2
Descontrole nos quadros de diabetes	Alta	6	Parcial	3
Grande número de obesos.	Alta	6	Parcial	4
Grande número de fumantes.	Alta	5	Parcial	5

Fonte: Equipe de Saúde da Família/PSF José Martins da Silva – São José da Varginha, 2018

\* Alta, média ou baixa

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

\*\*\* Total, parcial ou fora

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

## 2 JUSTIFICATIVA

As transformações sociais e econômicas pelas quais o Brasil tem passado, desde o último século, têm causado mudanças relevantes no perfil da morbidade e mortalidade da população. O trabalho apresenta relevância devido ao número elevado de complicações que podem acometer as pessoas com hipertensão arterial, quando não fazem o controle. A hipertensão arterial pode estar relacionada com a causa direta ou indireta da morbidade e mortalidade por doenças do aparelho circulatório. Seu controle depende de medidas dietéticas e de estilo de vida e, quando necessário, do uso regular de medicamentos. No entanto, tal controle pode estar sendo negligenciado. A insuficiente adesão ao tratamento medicamentoso tem sido apontada como importante determinante desse problema (SILVA *et al*, 2013).

Para obter sucesso no controle das doenças, melhorar a qualidade de vida e diminuir os fatores de risco destes usuários são necessárias medidas que facilitem o acesso e adesão destes ao tratamento, prevenindo assim possíveis complicações.

Entender a doença, conhecer seus riscos, identificar suas complicações são informações que devem ser repassadas a cada paciente portador da doença.

Os altos índices de mortalidade da HAS, diretos ou indiretos, e os baixos indicadores de controle da pressão arterial demonstram a necessidade de se avaliar os fatores que podem interferir na adesão ao tratamento (SILVA *et al*, 2013). Na vivência cotidiana, observamos que o abandono do tratamento, muitas vezes, ocorre devido à falta de informação dos usuários.

Diante dos resultados encontrados, os autores frisam que o conhecimento existente a respeito da HAS e das medidas de controle constituem-se em elementos significativos capazes de reduzir drasticamente óbitos decorrentes desta doença, desde que aplicados corretamente em sua totalidade. (SILVA *et al*, 2013). Devemos investir nas medidas de controle afim de melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

- Desenvolver um plano de intervenção para diminuir os fatores de risco e complicações clínicas nos usuários com hipertensão, na área de atuação da Equipe de Saúde da Família Dr. José Martins da Silva, de São José da Varginha/MG.

#### **3.2 Específicos**

- Realizar atividades educativas para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes sobre as doenças e os riscos de complicações.
- Estabelecer estratégias para melhorar o estilo de vida dos usuários.

#### 4 METODOLOGIA

Para a construção do TCC foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como a Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SciELO, Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), dentre outros. Os artigos disponíveis nessas bases de dados, além de publicações em livros e revistas médicas, foram selecionados de acordo com sua relevância. Esse construto teórico contribuiu para desenvolver o projeto de intervenção

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORREIA, VASCONCELOS, SOUZA, 2017).

Para realizar o projeto de intervenção, três etapas aconteceram: diagnóstico situacional com reconhecimento do território, identificação dos principais problemas na área de abrangência da equipe, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção.

O Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) possibilitou a identificação e a priorização do problema, objeto desse estudo, a descrição, explicação e identificação dos nós críticos (FARIA; CAMPOS; 2018). Essa etapa contou com a colaboração da equipe de saúde.

Serão propostas intervenções que possam otimizar redução dos fatores de risco nos usuários com doenças crônicas não transmissíveis e aumentar o grau de conhecimentos deles sobre essas doenças, causas e complicações. Utilizamos, ainda, meios informativos como acesso aos prontuários, contato diário com os usuários, reuniões com usuários em grupos operativos e profissionais de saúde da unidade e contato direto com a Secretaria Municipal de Saúde.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família visa a reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017). A estratégia de saúde da família trabalha diariamente com ações de promoção e prevenção da saúde da população. Os portadores de hipertensão arterial são cadastrados pelo PSF, recebem visitas das agentes de saúde, dos enfermeiros e médico. Esses usuários são cadastrados na farmácia popular, recebem seus tratamentos para hipertensão arterial, sem custos, são orientados em Grupos de Diabéticos e Hipertensos, acompanhados pela nutricionista e pela psicóloga. As unidades de Programa da Saúde são os responsáveis pela captação, cadastro, acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial. Nas consultas de hiperdia, o atendimento é integral, as complicações são evitadas, através da educação alimentar, do incentivo para a prática esportiva e realização de *check-ups*. A atividade educacional é realizada nas escolas, praças, igrejas, através de palestras, distribuição de panfletos e orientações individualizadas.

O Programa de Saúde da Família tem como objetivo oferecer um atendimento básico mais humanizado e com resolubilidade. Para isso, conta com ações de saúde individuais e coletivas, visando a prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e promoção da saúde (BRASIL, 2013).

É necessário que a equipe de saúde da família seja capaz de identificar os problemas mais freqüentes e que exigem maior atenção na população adscrita, sendo de suma importância o diagnóstico situacional da área de abrangência (BRASIL, 2013).

### 5.2 Atenção Primária à Saúde

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978), atenção primária à saúde (APS) ou atenção básica à saúde (ABS) é a atenção essencial à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1978).

### **5.3 Hipertensão**

A pressão arterial sistêmica persistentemente alta é caracterizada com base em várias medições. A hipertensão (hipertensão arterial sistêmica) é atualmente definida como sendo a pressão sistólica repetidamente maior que 140 mm/hg ou a pressão diastólica de 90 mm/hg ou superior (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Os usuários hipertensos, são a prova de que os fatores socioculturais, econômicos, ambientais e políticos estão diretamente ligados ao desfecho da doença. Estes fatores estão diretamente ligados aos hábitos de vida, nível de informação e pressão social, que podem levar ao sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, dentre outros fatores que prejudicam o tratamento, controle e promoção da saúde destas pessoas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Para conseguir melhorar a qualidade de vida destes usuários, são necessárias medidas que facilitem o acesso destes ao tratamento, prevenindo possíveis complicações (BRASIL, 2017). O bom entendimento da doença e de suas complicações é fundamental para a adesão ao tratamento. por parte dos usuários. Na vivência cotidiana, pode-se observar o abandono do tratamento devido ao bom controle pressórico e, por falta de informação, os usuários entendem que estão curados da doença. Há necessidade de medidas que visam instruir os usuários hipertensos, quanto aos fatores de risco, mudanças no estilo de vida, adesão ao tratamento e prevenção de complicações, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida destes usuários (BRASIL, 2017).

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Essa proposta refere-se ao problema priorizado no desenvolvimento do estudo **“O ALTO ÍNDICE DE HIPERTENSOS NA EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR. JOSÉ MARTINS DA SILVA EM SÃO JOSÉ DA VARGINHA”**, 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)**

Após avaliar os principais problemas levantados na unidade de saúde PSF Dr. José Martins da Silva, em São José da Varginha, é possível detectar que a Hipertensão Arterial é o maior problema enfrentado pela equipe de saúde e pelos pacientes que a utilizam. Existe um grande número de usuários hipertensos nessa área, levando a uma demanda significativa de consultas. Muitos usuários não aderem ao tratamento e apresentam fatores que aumentam ainda mais o risco de problemas cardiovasculares, que são os causadores de maior mortalidade no município. Os fatores de risco estão relacionados aos hábitos e costumes de vida, alimentação, a falta da prática esportiva, fumo, álcool e estresse.

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

Foram detectadas as principais causas que contribuíram com o alto número de usuários - maus hábitos alimentares, já que consomem, excessivamente, alimentos gordurosos, frituras, farinhas e sal. Além disso, não praticam exercícios físicos e consomem altas quantidades de álcool e tabaco.

São inúmeros os fatores ligados à incidência da hipertensão arterial dentre eles se destacam os fatores políticos, ambientais, econômicos e socioculturais. Essa doença é herdada dos pais em 90% dos casos, mas há vários fatores que influenciam nos níveis de pressão arterial, entre eles: fumo, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, estresse, elevado consumo de sal,



níveis altos de colesterol, falta de atividade física; além desses fatores de risco, sabe-se que a incidência da pressão alta é maior na raça negra, em diabéticos e aumenta com a idade. Tais fatores influenciam diretamente sobre o tratamento e controle da saúde desses pacientes (BRASIL, 2017).

Existe a necessidade de orientar os usuários que além dos medicamentos disponíveis atualmente, é imprescindível adotar um estilo de vida saudável: manter o peso adequado, se necessário, mudando hábitos alimentares; não abusar do sal, utilizando outros temperos que ressaltam o sabor dos alimentos; praticar atividade física regular; aproveitar momentos de lazer; abandonar o fumo; moderar o consumo de álcool; evitar alimentos gordurosos; controlar o diabetes (BRASIL, 2017).

Os trabalhadores cotidianos da saúde devem levar a informação, facilitar o acesso, encaminhar pacientes na rede, saber identificá-los, tratá-los, acompanhá-los e promovê-los no quesito autocuidado.

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

Após o levantamento das informações e definição dos nós críticos foram considerados principais problemas a serem priorizados e trabalhados pela equipe: a baixa instrução dos usuários sobre a doença que os acomete a Hipertensão arterial, a baixa adesão aos tratamentos ofertados e a prevenção das possíveis complicações que os acometem.

A hipertensão é a principal doença que acomete a população pesquisada e, pelo grande número de usuários doentes, os fatores de risco como a obesidade, sedentarismo, tabagismo, maus hábitos alimentares, hiperlipidêmicas e o desconhecimento sobre a doença, aumentam as chances de complicações dos quadros clínicos. Muitos destes usuários apresentam dificuldade na adesão ao tratamento, o que acarreta grande número de consultas por cifras elevadas de pressão arterial, aumentando os riscos de complicações.

### **6.4 Desenho das operações**

A equipe de saúde do PSF Dr. José Martins Silva propôs, com base nos “nós críticos” e no projeto, procurou identificar as operações e projetos

necessários para sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações. Os quadros a seguir facilitam a visão generalizada do problema e seu monitoramento.

**QUADRO 2 – Operações sobre o nó crítico “pouco conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica” elencado pela Equipe de Saúde da Família Dr. José Martins da Silva.**

<b>Nó Crítico</b>	Pouco conhecimento sobre a hipertensão arterial sistêmica.
<b>Operação</b>	Organização da agenda de trabalho, para aumentar o número de atividades de promoção e prevenção, organização de horários, desenvolvimento de fluxograma para atendimentos /visitas.
<b>Projeto</b>	Projeto Saber Mais
<b>Resultados esperados</b>	Serviços de saúde organizados, com planejamento de atividades a serem desenvolvidas durante o ano, como foco na promoção e prevenção das complicações de HAS. Diminuir em 50% as internações por complicações por HAS.
<b>Produtos esperados</b>	Atividades a desenvolver durante todo o ano, enfocados na promoção e prevenção das complicações de HAS Capacitação sobre a hipertensão e complicações para as pessoas da equipe de trabalho. Intercâmbio de conhecimentos e experiências com outras equipes de trabalho.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: médicos, enfermeiros e agentes de saúde. Cognitivo: Conhecimento sobre as forma de promoção e prevenção. Organizacional: Organizar a agenda de trabalho e promover a mobilização social. Político: Articulação com outros PSF para intercâmbio de conhecimentos e experiências e liberação de recursos para capacitação.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: adesão dos funcionários e dos usuários. Cognitivo: disponibilização de conteúdos referentes a prevenção, o diagnóstico, tratamentos e complicações da hipertensão . Político: adesão do gestor e funcionários Financeiro: disponibilização dos recursos financeiros.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Médico do PSF
<b>Ações estratégicas</b>	Sensibilizar o gestor para investimento no projeto.
<b>Prazo</b>	Um ano
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das ações</b>	Enfermeiro e médico do PSF
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Prazo para o início 30 dias. Monitoramento a cada 90 dias. Avaliação do número de internações por complicação por HAS.

Fonte: Equipe de Saúde da Família/PSF José Martins da Silva – São José da Varginha, 2018

**QUADRO 3 – Operações sobre o nó crítico “prevenção de agravos e complicações” elencado pela Equipe de Saúde da Família Dr. José Martins da Silva.**

<b>Nó Crítico</b>	Prevenção de agravos e complicações.
<b>Operação</b>	Conscientização sobre o tratamento. Aumentar o controle dos usuários e conscientizar sobre a importância do tratamento. Aumentar o controle dos usuários e conscientizar sobre a importância do tratamento.
<b>Projeto</b>	Conscientização sobre o tratamento.
<b>Resultados esperados</b>	População com maior conhecimento sobre a prevenção de fatores de risco.
<b>Produtos esperados</b>	Criação de grupos operativos de usuários fumantes, alcoólatras sobrepeso e obesos e com pouca atividade física. Organização de atividades educativas que envolvam a população em geral.
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo - Conhecimento sobre estilos de vida.  Organizacional - Organizar grupos de trabalho, planejamento na agenda de trabalho. - Garantir um espaço para trabalhar com grupos.  Político - Adesão dos profissionais e dos usuários.  Financeiro Criação de folhetos informativos
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: adesão dos funcionários e dos usuários. Cognitivo: disponibilização de conteúdos referentes a prevenção, o diagnóstico, tratamentos e complicações da hipertensão. Político: adesão do gestor e funcionários Financeiro: disponibilização dos recursos financeiros.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Médico do PSF
<b>Ações estratégicas</b>	Sensibilizar o gestor para investimento no projeto.
<b>Prazo</b>	Um ano
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das ações</b>	Enfermeiro e agentes de saúde
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Prazo para o início 30 dias. Monitoramento a cada 90 dias. Avaliação do número de internações por complicação por HAS.

Fonte: Equipe de Saúde da Família/PSF José Martins da Silva – São José da Varginha, 2018

**QUADRO 4 – Operações sobre o nó crítico “falta de adesão ao tratamento” elencado pela Equipe de Saúde da Família Dr. José Martins da Silva.**

<b>Nó Crítico</b>	Falta de adesão ao tratamento.
<b>Operação</b>	Aumentar o controle dos usuários e conscientizar sobre a importância do tratamento. Conscientização sobre o tratamento.
<b>Projeto</b>	Cuidar Melhor
<b>Resultados esperados</b>	Maior número de pessoas participantes dos grupos de usuários com hipertensão.
<b>Produtos esperados</b>	Campanha educativa na sala de espera do PSF. Campanha de divulgação sobre a importância do tratamento e controle.
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo

	<p>Conhecimento sobre o controle e prevenção da hipertensão.</p> <p>Organizacional Organizar a agenda de trabalho.</p> <p>Político Mobilização social e da equipe.</p>
<b>Recursos críticos</b>	Mobilização social e participação da equipe.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Médico do PSF Enfermeiro
<b>Ações estratégicas</b>	Sensibilizar do gestor para investimento no projeto.
<b>Prazo</b>	Seis meses
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das ações</b>	Enfermeiro e médico do PSF
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	<p>Prazo para o início 30 dias.</p> <p>Monitoramento a cada 90 dias.</p> <p>Avaliação do número de internações por complicação por HAS.</p>

Fonte: Equipe de Saúde da Família/PSF José Martins da Silva – São José da Varginha, 2018

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial, considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle é reconhecida como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento do acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio. A estratégia de saúde da família trabalha diariamente com ações de promoção e prevenção da saúde da população. Os portadores de hipertensão arterial são cadastrados pelo PSF, recebem visitas das agentes de saúde, dos enfermeiros e médico. Esses usuários são inseridos no Projeto Farmácia Popular, recebem seu tratamento para hipertensão arterial sem custo, são orientados em Grupos de Diabéticos e Hipertensos, acompanhados pela nutricionista e pela psicóloga. As unidades de Programa da Saúde são responsáveis pela captação, cadastro, acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial. Nas consultas de Hiperdia, o atendimento é integral, as complicações são evitadas através da educação alimentar, do incentivo para a prática esportiva, a realização de *check-ups*.

O médico responsável pelo PSF deve estar atento, no momento da anamnese, a alguns pontos, como por exemplo, o hábito de fumar, uso exagerado de álcool, ingestão excessiva de sal, aumento de peso, sedentarismo, estresse, antecedentes pessoais de diabetes, gota, doença renal, doença cardíaca e cerebro-vascular; uso de anticoncepcionais, corticosteróides, antiinflamatórios não hormonais, estrógenos, descongestionantes nasais, anorexígenos (fórmulas para emagrecimento), ciclosporina, eritropoetina, cocaína, antidepressivo tricíclico e inibidores da monoamino-oxidase; sinais ou sintomas sugestivos de lesão em órgãos-alvo e/ou causas secundárias de hipertensão arterial; tratamento medicamentoso anteriormente realizado, seguimento efetuado e reação às drogas utilizadas; história familiar de hipertensão arterial, doenças cardíacas e cerebro-vasculares, morte súbita, dislipidemia, diabetes e doença renal. Um exame clínico bem realizado pode ser decisivo para o diagnóstico e o início imediato do tratamento.

Sabendo que a decisão relativa à abordagem de portadores de HAS não deve ser baseada apenas nos níveis de pressão arterial, mas também na presença de outros fatores de risco e doenças concomitantes, tais como diabetes, lesão em órgãos-alvo, doença renal e cardiovascular, além de considerar também os aspectos familiares e socioeconômicos, reforça-se aqui, mais uma vez, a necessidade de se realizar uma anamnese detalhada, pautada na responsabilidade e nos cuidados que o paciente merece no Sistema Único de Saúde.

O trabalho que estou desenvolvendo no PSF Dr. José Martins da Silva, em São José da Varginha é voltado para a promoção e prevenção de saúde. Como médica, considero o setor mais importante da medicina. O nosso conceito de saúde era tratar as doenças e curar os pacientes e com o avanço das tecnologias e técnicas de tratamento foi observado que o fato do indivíduo cuidar da sua saúde e evitar as doenças ou controlar as preexistentes são as formas mais viáveis economicamente e as de melhor resultado. É com grande satisfação que atuo nessa área e me satisfaço com os resultados obtidos. Curar um paciente é muito gratificante, não deixá-lo adoecer traz uma satisfação imensurável, assim como a diferença entre prevenção e tratamento. No trabalho cotidiano, estou de prontidão para ações educativas, palestras, grupos operativos. Em minhas consultas, o cliente sempre vai sair do consultório com orientações específicas para cada quadro clínico e, mesmo que não haja doença, eu oriento ações preventivas para não adoecer. Minha equipe com apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, desenvolve um trabalho completo que vai desde as palestras e orientações sobre os cuidados com a saúde até as mesas de lanche saudável nas salas de espera, nas reuniões e eventos. Temos grupos de ginástica em pontos estratégicos da cidade, levando o educador físico bem perto dos moradores, com a finalidade de facilitar e incentivar as práticas saudáveis, através das aulas de ginástica e caminhadas. Oferecemos orientações e dicas sobre como manter um estilo de vida saudável nas escolas, empresas e na emissora de rádio local. Incentivo cada paciente de acordo com sua condição clínica a procurar os grupos de apoio do CRAS para a prevenção das ansiedades e depressões, encaminhando cada paciente da desnutrição e da obesidade para a nutricionista, fumantes para o grupo de tabagismo do PSF, alcoólatras para as clínicas de reabilitação,

gestantes para os grupos de apoio, hipertensos e diabéticos para as reuniões mensais, onde são instigados a levar a família para participar. No desenvolvimento do meu trabalho, estive sempre em contato com muitos hipertensos, suas famílias, ambientes de trabalho, suas vidas, seus estresses, suas dificuldades, limitações e emoções. Avaliar cada quadro, orientar cada mudança, presenciar cada evolução, de forma humanizada, integrada, tratar cada paciente como um ser biopsicossocial .

Esperamos que esse trabalho contribua para educação da população sobre o conhecimento básico de como levar um estilo de vida saudável para manter níveis pressóricos adequados e evitar complicações.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em 12 agosto de 2017.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 23 de junho 2017.

FARIA, H.P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades - São José da Varginha**. Brasília, [online], 2016b. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em 12 de agosto de 2017.

Comentado [U1]: Não identifiquei essa referência no texto.  
Rever

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Opas/OMS**. 1978. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/cooperacao-em-saude/parceiros/organizacao-pan-americana-da-saude-opas-oms>>. Acesso em 18 de setembro de 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA VARGINHA. **História**. Disponível em: <<http://saojosedavarginha.mg.gov.br/plus/>>. Acesso em 18 de setembro de 2017.

SILVA, Leonardo Oliveira Leão; DIAS, Carlos Alberto; RODRIGUES, Suely Maria; SOARES, Marina Mendes; OLIVEIRA, Mericley Angela; MACHADO, Carla Jorge. **Hipertensão Arterial Sistêmica: Representações Sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento**. Cad. Saúde Colet., 2013, Rio de Janeiro.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretriz de Assistência Circulatoria Mecânica da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. 2016. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/04\\_DACM.asp](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/04_DACM.asp)>. Acesso em 10 de setembro de 2017.



