

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

**Amanda Arantes Paim Veloso**

**ABORDAGEM A USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NÃO  
CONTROLADA NA UNIDADE ALTO DA SERRA EM CÓRREGO DANTA/MINAS  
GERAIS: um projeto de intervenção**

**Formiga  
2020**

**Amanda Arantes Paim Veloso**

**ABORDAGEM A USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NÃO  
CONTROLADA NA UNIDADE ALTO DA SERRA EM CÓRREGO DANTA/ MINAS  
GERAIS: um projeto de intervenção**

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.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Alba Otoni

**Formiga  
2020**

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que aos 4 dias do mês de dezembro de 2020, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família – CEGCSF se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna **AMANDA ARANTES PAIM VELOSO** intitulado “ABORDAGEM A USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NÃO CONTROLADA NA UNIDADE ALTO

DA SERRA EM CÓRREGO DANTA/MINAS GERAIS: um projeto de intervenção.”, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Dra. ALBA OTONI e Profa. Dra. MATILDE MEIRE MIRANDA CADETE. O TCC foi aprovado com anota 90.

Esta ata foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia quatro do mês de dezembro do ano de dois mil e vinte e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro.

Belo Horizonte, 13 de janeiro de  
2021.

PROF. DR. TARCÍSIO  
MÁRCIO MAGALHÃES  
PINHEIRO

Coordenador do Curso de Especialização Gestão do Cuidado Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 14/01/2021, às 20:37, 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 **0515604** e o código CRC **50A91A65**.

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, que sempre fez presença em meus caminhos.

Aos meus pais, irmãos, sobrinha e meu marido Enrique, que com muito carinho e apoio, não mediu esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse;

À Universidade pela oportunidade de realizar essa especialização médica;

A minha orientadora Alba Otoni pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho, pelas correções e incentivos.

Agradeço em especial toda minha família por ser minha base e a grande incentivadora de tudo isso.

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é reconhecida como um importante problema de saúde pública e tem apresentado avanços na identificação de fatores de risco, diagnóstico precoce, uso de extensos tratamentos medicamentosos e campanhas educacionais para mudar estilos de vida e diminuir número de pessoas acometidas por essa enfermidade. Apesar disso, é uma doença de difícil controle associada ao desafio de manter a pressão arterial dentro dos limites recomendados. A literatura sugere que o provável principal fator para esse descontrole é a baixa adesão ao tratamento proposto. Essa é uma realidade vivenciada pela população assistida pela equipe de saúde Alto da Serra no município de Córrego Danta/Minas Gerais. Considerando o contexto de altos índices de pacientes com hipertensão arterial sistêmica não controlada, o objetivo deste trabalho foi desenvolver um plano de ação para minimização dos altos índices de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica não controlada na população assistida pela equipe de saúde da Unidade Alto da Serra no município de Córrego Danta/MG. O processo de desenvolvimento desse projeto envolveu procedimentos teóricos, empíricos e analíticos. Os procedimentos teóricos incluíram a definição do construto de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, identificação das áreas envolvidas, elaboração do plano de ação, além da revisão narrativa de literatura nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para a construção completa do projeto foram realizadas todas as fases propostas pelo Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), quais sejam: diagnóstico situacional de saúde da população assistida, revisão bibliográfica e plano de intervenção. Espera-se que com a implementação desse projeto haja conscientização da população acometida acerca da importância de um tratamento adequado. Além disso, espera-se que se possa identificar e verificar a adesão à terapia prescrita para controle da HAS, além de permitir o estabelecimento de metas, propostas pela equipe de saúde da Unidade Alto da Serra, no município de Córrego Danta-MG.

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

## ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is recognized as an important public health problem, and has shown advances in the identification of risk factors, early diagnosis, use of extensive drug treatments and educational campaigns to change lifestyles and reduce the number of people affected by this disease. . Despite this, it is a difficult disease to control associated with the challenge of keeping blood pressure within the recommended limits. The literature suggests that the likely main factor for this lack of control is low adherence to the proposed treatment. This is a reality experienced by the population assisted by the Alto da Serra health team in the municipality of Córrego Danta / MG. Considering the context of high rates of patients with uncontrolled systemic arterial hypertension, the objective of this work was to develop an action plan to minimize the high rates of patients with uncontrolled systemic arterial hypertension in the population assisted by the health team of the Alto da Serra Unit in the municipality of Córrego Danta / MG. The development process for this project involved theoretical, empirical and analytical procedures. Theoretical procedures included the definition of the construct of adherence to the treatment of systemic arterial hypertension, identification of the areas involved, elaboration of the action plan, in addition to the narrative review of the literature in the databases SciELO (Scientific Electronic Library Online) and LILACS (Latin Literature) American and Caribbean Health Sciences). For the complete construction of the project, all phases proposed by the Situational Strategic Planning Method (PES) were carried out, namely: situational health diagnosis of the assisted population, bibliographic review and intervention plan. It is expected that with the implementation of this project there will be awareness of the affected population about the importance of adequate treatment. In addition, it is hoped that it will be possible to identify and verify adherence to the therapy prescribed to control SAH, in addition to allowing the establishment of goals, proposed by the health team of the Alto da Serra Unit, in the municipality of Córrego Danta-MG.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Hypertension.

## SUMÁRIO

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| 1 INTRODUÇÃO.....  | 9                                   |
| 1.1 Aspectos gerais do município .....   | 9                                   |
| 1.2 O sistema municipal de saúde.....  | 9                                   |
| 1.3 Aspectos da comunidade.....  | 11                                  |
| 1.4 A Unidade Básica de Saúde Alto da Serra.....   | 12                                  |
| 1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Alto da Serra .....  | 12                                  |
| 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde Alto da Serra .....  | 13                                  |
| 1.7 O dia a dia da equipe de saúde Alto da Serra .....   | 14                                  |
| 1.8 Estimativa rápida: Problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....  | 15                                  |
| 2 JUSTIFICATIVA.....   | 17                                  |
| 3 OBJETIVOS.....   | 18                                  |
| 3.1 Objetivo geral.....  | <b>Error! Bookmark not defined.</b> |
| 4 METODOLOGIA .....  | 19                                  |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....  | 20                                  |
| 5.1 Atenção Primária à Saúde .....   | 20                                  |
| 5.2 Estratégia Saúde da Família.....   | 22                                  |
| 5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica.....  | 23                                  |
| 5.3.1 Conceito/Etiologia/Fatores de risco .....  | 23                                  |
| 5.3.2 Epidemiologia .....  | 25                                  |
| 5.3.3 Tratamentos.....   | 26                                  |
| 6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....  | 29                                  |
| 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) .....   | 29                                  |
| 6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo).....   | 29                                  |
| 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) .....  | 30                                  |
| 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)..... | 31                                  |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....  | 34                                  |
| REFERENCIAS .....  | 35                                  |



## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Aspectos gerais do município**

Córrego Danta, município mineiro, está localizado no centro-oeste de Minas Gerais, na região do Alto São Francisco, a 235 Km da capital, Belo Horizonte Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) possuía, em 2019, uma população de 3.215 pessoas distribuída em uma área de 657km<sup>2</sup>. (IBGE, 2019).

A extensão territorial do município abrange o distrito de Cachoeirinha e o povoado Alto da Serra. O povoado Alto da Serra está localizado a 30 quilômetros da cidade de Córrego Danta, na beira da BR 262 e tem uma população de 380 habitantes, englobando a zona rural, em sua maioria, composta de idosos que vivem com seus parceiros.

A principal fonte econômica de Córrego Danta está baseada na agricultura com destaque para o plantio de café, cana de açúcar e milho. E a pecuária leiteira também se estabelece como uma importante fonte de renda no município.

No que diz respeito à educação, segundo os últimos dados do IBGE em 2018, foram registradas 306 matrículas do ensino fundamental, com 30 docentes responsáveis por esse nível de escolaridade, distribuídos em três escolas. O ensino médio registrou a existência de uma escola, com 96 alunos matriculados e 15 professores atuantes (IBGE, 2019).

A vegetação local é composta pelo cerrado e quanto a fauna, diversos animais em risco de extinção habitam a região, como o lobo-guará, tamanduá bandeira e onça-pintada. Todos os rios que banham a cidade fazem parte da Bacia do São Francisco.

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

O município possui três unidades básicas de saúde, todas em funcionamento. A unidade de Córrego Danta, a principal, está localizada no centro da cidade. Nesta unidade são oferecidos diariamente, além de atendimento médico, atendimento odontológico, fisioterápico, psicologia e fonoaudiologia. É nesta unidade também que são realizados exames laboratoriais de análises clínicas, com seu próprio

espaço. Outros exames laboratoriais, mais específicos, são encaminhados para o laboratório particular da cidade por meio de parceria com o município. Existe uma sala no centro de saúde que é destinada à realização de eletrocardiograma, tanto eletivo como de urgência, os laudos são realizados a partir da telemedicina. Exames de imagem, como radiografias/ tomografias e mamografias são marcados em outros municípios, Luz, Bom Despacho, Formiga ou Divinópolis e a cidade fornece o transporte público para o paciente e acompanhante.

O centro de saúde tinha funcionamento até às 17h, porém, após o período de pandemia, com verbas governamentais, a gestão conseguiu implantar o plantão 24h, com equipe médica, enfermagem e técnico e uma sala de urgência toda equipada. Desta forma, os pacientes que necessitam de atendimento não precisam se deslocar até a cidade de Luz, que tem parceria com Córrego Danta e recebe pacientes que necessitam de assistência e internação hospitalar.

A cidade não tem Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mas fornece atendimento psicossocial e médico psiquiátrico mensalmente nas unidades de saúde. Além dessa especialidade, o município oferece atendimento de pediatria, ginecologista-obstetra e ortopedista. Outras especialidades são agendadas em Formiga ou Bom Despacho. A farmácia popular municipal fica localizada próxima à unidade de saúde e distribui a grande maioria de medicamentos básicos e essenciais. Recentemente o município conseguiu um espaço direcionado para o bem-estar físico. Neste espaço são feitas as atividades físicas, com orientação de um profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Atenção Básica (NASF-AB), tem uma academia ao ar livre, quadra esportiva e piscina para atividades aquáticas. O Centro de Referência em Assistência Social (CREAS) é separado do centro de saúde e é uma unidade destinada a atender à população de risco social ou que teve seus direitos violados, tendo um bom vínculo de trabalho com a equipe de saúde.

Os pacientes que necessitam assistência e intervenção rápida, mas de baixa complexidade, sem resolutividade no município, são encaminhados principalmente para Luz para atendimento no Hospital Senhora Aparecida ou com menos frequência para Bambuí, no Hospital Nossa Senhora do Brasil, que é um hospital de pequeno porte e baixa resolutividade. Em casos de média e alta complexidade os pacientes são cadastrados no SUS fácil e transferidos para outras referências, como Formiga, Bom Despacho, Divinópolis e Belo Horizonte. O município oferece à

população ambulância de plantão para remoção tanto na cidade quanto para outros municípios conforme pactuação municipal.

Além do centro de saúde na cidade de Córrego Danta, existe uma unidade de saúde no município de Cachoeirinha e uma no povoado Alto da Serra, que apesar de terem a estrutura local distantes e independentes, são assistidas também por Córrego Danta. Estes municípios também contam com plantão de ambulância e os pacientes que necessitam atendimento urgência/emergência são transferidos para o centro de saúde.

### **1.3 Aspectos da comunidade**

O distrito Alto da Serra é uma comunidade rural, localizada a 30km de distância da cidade de Córrego Danta, às margens da rodovia BR 262. Existe uma única rua asfaltada onde reside a maioria da população. Os demais vivem em áreas rurais, algumas de difícil acesso. A população estimada é em torno de 380 habitantes, a maioria são idosos que vivem com seus parceiros.

O distrito tem coleta de lixo com frequência de duas vezes/semanais e a rua principal tem limpeza diária. A maioria das casas apresenta rede de esgoto, embora algumas ainda possuam fossa. A comunidade tem acesso à luz elétrica e serviços de internet e telefonia, até mesmo nas zonas rurais. Algumas famílias vivem em condições de higiene precárias, mas a gestão de saúde, ciente das situações, tem buscado alternativas de melhorias.

A comunidade não tem escola, porém, as crianças têm acesso ao transporte escolar e são encaminhadas para o distrito de Cachoeirinha para frequentarem a escola municipal até o quinto ano. A partir do sexto ano, os alunos são levados, por meio de transporte público escolar, para escola estadual da cidade de Córrego Danta. Em Cachoeirinha, além da escola básica, existe a creche municipal que atende crianças de um ano até seis anos de idade. Aqueles alunos que queiram ingressar em ensino superior, a administração municipal fornece transporte público para Bom Despacho, cidade mais próxima que tem universidade. A taxa de analfabetismo é maior entre a população de idosos e muitos necessitam de uma cartela de medicamentos feita pelo agente comunitário de saúde (ACS), para conseguir tomar os medicamentos corretamente.

A população segue muito as tradições religiosas e principalmente festas de congado, em homenagem a Nossa Senhora do Rosário.

Um dos problemas do distrito de Cachoeirinha e Alto da Serra é a falta de policiamento, pois eles ficam em Córrego Danta, não há policiais de plantão e a pouca oferta de emprego para a população, somente há emprego na colheita de café e poucos comércios locais em Córrego Danta.

#### **1.4A Unidade Básica de Saúde Alto da Serra**

A Unidade Básica de Saúde do Alto da Serra localizada à rua Padre João Evangelista, S/N é um estabelecimento de saúde tipo Posto de Saúde que executa serviços de saúde na zona rural, na comunidade Alto da Serra, do município de Córrego Danta - MG.

Funciona em uma casa da prefeitura, bem conservada, com recepção, um consultório médico, sala de enfermagem, sala de curativo, sala de observação com dois leitos e consultório odontológico. A recepção é pequena, composta de apenas seis lugares para os pacientes sentarem. Não há sala para a ACS ou sala de reuniões. Também não tem sala de vacinação; as vacinas são feitas na sala de enfermagem. Quanto à distribuição dos medicamentos de uso regular, é realizada pelo enfermeiro ou técnica de enfermagem, não há um farmacêutico ou outra pessoa para essa função.

A unidade é equipada com instrumentos básicos para atendimentos de rotina e também é conservada, mas os investimentos somente foram feitos a partir da última gestão municipal. Até alguns anos atrás a estrutura da unidade era mais precária e não oferecia atendimento médico. Hoje em dia oferece atendimento médico quatro vezes por semana.

#### **1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Alto da Serra**

A Unidade Básica de Saúde do Alto da Serra possui uma equipe de saúde com um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma ACS e uma médica. Para complementar a assistência da equipe, há uma nutricionista e uma assistente social. Ainda conta com o apoio do cirurgião dentista e fisioterapeuta, porém, esse atendimento é feito no distrito vizinho de Cachoeirinha, que fica há 7 km do povoado.

Além disso, há atendimento de uma ginecologista/obstetra e uma pediatra, que ocorre uma vez por mês. A assistência psicológica somente é disponibilizada em Córrego Danta.

### **1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde Alto da Serra**

A unidade básica de saúde (UBS) é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde. É neste local que acontecem os primeiros atendimentos e acompanhamentos, com objetivo de atender mais de 80% dos problemas de saúde da população, principalmente aqueles de baixa e média complexidade. A UBS é responsável por referenciar aqueles pacientes que necessitam de suporte em atenção secundária, casos de alta complexidade, que precisam de especialistas e tratamento fora do domicílio.

A comunidade do distrito de Alto da Serra tem uma população carente que necessita de assistência ampla e integrada. Dessa forma, os atendimentos são, em sua maioria, demandas eletivas. Os agendamentos são realizados pela enfermeira, que faz o acolhimento e triagem, e o encaminhamento é feito de acordo com cada queixa, sempre priorizando aqueles pacientes de grupos de riscos, que estão descompensados e que necessitam intervenção mais precoce. São agendadas 10 consultas no período da manhã e 10 à tarde, e em cada turno existem vagas para demandas espontâneas, que não são poucas pela dificuldade de acesso da população às unidades de pronto atendimento. O horário de funcionamento da unidade é de 7:00 as 17:00 horas, de segunda a sexta feira e os atendimentos médicos acontecem de segunda a quinta e são organizados em grupos e agendados por horários, para que tenha redução de aglomeração.

Na segunda, pela manhã, são realizadas consultas para idosos e à tarde o atendimento é para saúde mental. Terça feira a agenda é disponibilizada para acompanhamento de pessoas com HAS e DM, quarta pela manhã o foco é saúde da mulher, onde se realiza sala de espera com palestra ministrada pela técnica de enfermagem, enquanto os exames citopatológicos são realizados pelo médico. No período da tarde é reservado para visitas domiciliares com a ACS e enfermagem para o acompanhamento de pacientes acamados, além de outras demandas. Na quinta de manhã é destinado a puericultura, vacinação e saúde da criança em geral.

À tarde são reuniões de equipe e organização dos grupos operativos. Cada semana é um grupo diferente, existe o grupo de adolescentes, grupo do emagrecimento, com participação da nutricionista, grupo das gestantes e grupo antitabagismo. O pré-natal de baixo risco é realizado mensalmente por uma obstetra, que vai até a unidade e os de alto riscos são encaminhados para Belo Horizonte.

### **1.7 O dia a dia da equipe de saúde Alto da Serra**

A equipe se organiza em reuniões semanais, geralmente às quintas-feiras, na qual é feito um feedback da semana, sugestões para melhorias, discussão de casos, e conta com a participação da equipe: uma agente de saúde, recepcionista, técnica de enfermagem e enfermeira. A equipe não é completa, porque os atendimentos da odontologia, nutrição, psicologia e fisioterapia são feitos semanalmente, às sextas-feiras. Nas reuniões também são discutidas as programações da próxima semana e, o cronograma das atividades para que cada profissional fique ciente de suas atribuições.

O município de Córrego Danta não tem o centro de atenção psicossocial, mas os pacientes de saúde mental são acompanhados pela rede de assistência e através de agendamentos com o médico psiquiatra que presta serviço para cidade de 15/15 dias. Outras especialidades também compõem a atenção secundária do município, pediatria, ortopedia, reumatologia e cardiologia. Demais especialidades são encaminhadas para fora do município.

A unidade de saúde desenvolveu os grupos operativos que funcionam mensalmente com atividades de informação e mobilização – educação em saúde. Cada semana é destinada para um grupo diferente. O objetivo é trabalhar com diversidade de temas, contribuir para discussão e envolvimento dos pacientes que pertencem ao mesmo grupo, isto traz mais interação entre a equipe e os pacientes. O grupo de adolescentes tem a participação de oito meninas e os temas variam entre saúde sexual e saúde mental.

O grupo de emagrecimento é o maior, ele tem a participação de 14 pessoas e nesses grupos são abordadas mudanças alimentares, práticas de atividade física com o educador físico (mais ou menos 30min de alongamento e exercícios aeróbicos). As gestantes também têm um grupo de educação em saúde, que funciona muito bem, são discutidos muito sobre vias de parto, puerpério e

aleitamento materno. O grupo antitabagismo é ministrado pela médica da unidade e pelo farmacêutico; o município fornece todas as medicações para o tratamento.

Por causa da pandemia, temporariamente os grupos de maiores aglomerações estão acontecendo via *online* por um link da prefeitura, e as avaliações são individualizadas para que não haja tumulto na unidade. As visitas domiciliares são feitas às quartas-feiras à tarde, são organizadas de acordo com a interação de informações trazidas para equipe através da ACS. Além da equipe da unidade, a assistência social também acompanha as visitas.

A população, na maioria é de idosos e que residem em áreas de zonas rurais, por isso, são priorizados pacientes acamados ou com dificuldade locomotora. O transporte nem sempre é de fácil acesso e as áreas são distantes uma das outras. Também durante as visitas são atualizados os cartões de vacina da família visitada

### **1.8 Estimativa rápida: Problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)**

Os problemas de saúde que acometem a comunidade assistida identificados pela equipe vão desde má distribuição de recursos financeiros para a saúde; dificuldade de comunicação entre os níveis de atenção; limites de recursos humanos para atuação na saúde; dificuldade para executar atividades inerentes a equipe de saúde (realização de grupos operativos, por exemplo) até problemas efetivos de saúde não controlados da população assistida.

Entre eles cita-se: grande número de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS), sendo muitos não controlados; alta prevalência de diabetes *mellitus* (DM); falta de grupos operativos regulares para pessoas com HAS e DM; índices elevados de depressão e ansiedade; poucos recursos financeiros direcionados à saúde; dificuldade em referenciar pacientes; número reduzido de ACS pela área adscrita e pouca oferta de atendimento para as urgências diárias.

### **1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção**

Quadro 1. Classificação das prioridades dos problemas da UBSF Alto da Serra de Córrego Danta, Minas Gerais. 2020.

| <b>Principais problemas</b>                                 | <b>Importância*</b> | <b>Urgência**</b> | <b>Capacidade de enfrentamento***</b> | <b>Seleção***</b> |
|---|---------------------|-------------------|---------------------------------------|-------------------|
| Número elevado de pessoas com HAS não controlada            | Alta                | 10                | Parcial                               | 1                 |
| Alta prevalência de diabetes mellitus.                      | Alta                | 9                 | Parcial                               | 2                 |
| Índices elevado de depressão e ansiedade                    | Alta                | 8                 | Parcial                               | 3                 |
| Pouco recursos direcionados a saúde                         | Média               | 4                 | Mínima                                | 4                 |
| Dificuldade em referenciar pacientes                        | Alta                | 7                 | Mínima                                | 5                 |
| Número reduzidos de agentes pela área adscrita              | Média               | 4                 | Mínima                                | 6                 |
| Falta de grupos operativos para os hipertensos e diabéticos | Média               | 6                 | Total                                 | 7                 |
| Pouca oferta de atendimento para as urgências diárias       | Alta                | 7                 | Parcial                               | 8                 |

Fonte: Própria autoria, 2020

\*Alta, média ou baixa

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

\*\*\*Total, parcial ou fora.

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



## 2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), uma condição clínica multifatorial, é conceituada como síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular). A prevalência da HAS é elevada no Brasil, estimando-se que cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta possa ser rotulada como hipertensa. Embora predomine na fase adulta, sua prevalência em crianças e adolescentes não é desprezível (RÊGO; RADOVANOVIC, 2018).

Por ser considerada como um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, tem sido constante a preocupação mundial em ampliar e aperfeiçoar os métodos para diagnóstico e tratamento da HAS.

A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que são diagnosticadas inicialmente com HAS. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas, suas comorbidades, seus históricos genéticos.

O desenvolvimento deste trabalho justificou-se pela importância do tema escolhido e em função dos altos índices de pessoas com HAS não controlada na população assistida pela equipe de saúde Alta Serra no município Córrego Danta, Minas Gerais. Pretende-se aqui mostrar como são relevantes as atuações das equipes de saúde da Unidade Básica de Saúde no diagnóstico e tratamento da HAS.

Este estudo também contribuirá para a ampliação do conhecimento científico e, por meio deste conhecimento, a equipe de saúde poderá desenvolver recursos estratégicos em relação a abordagem a pessoas com HAS. Entretanto, é importante que o serviço de saúde esteja organizado e capacitado para o enfrentamento do problema relacionado às necessidades do paciente de forma adequada.

O presente estudo contribuirá ainda na capacitação de cada profissional em relação a importância do atendimento adequado e das necessidades do paciente, priorizando o atendimento humanizado.

### **3 OBJETIVO**

Desenvolver um plano de ação para minimização dos altos índices de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica não controlada na população assistida pela equipe de saúde da Unidade Alto da Serra no município de Córrego Danta/MG

#### 4 METODOLOGIA

O presente estudo foi baseado no diagnóstico situacional, através do Método Estimativa Rápida, aplicado pela equipe de saúde da Unidade Básica do Alto da Serra em Córrego Danta/Minas Gerais. Esse método permitiu identificar os principais problemas enfrentados pela população assistida e selecionar aquele que a solução estava ao alcance da equipe de saúde. As fontes que contribuíram para a identificação dos problemas que assolam a comunidade foram: informantes chaves, moradores antigos na comunidade, prontuários dos pacientes, antigas fichas e vivência da equipe no atendimento à população

Para um embasamento científico, foram consultados trabalhos científicos disponíveis em base de dados sendo realizada uma revisão bibliográfica nas bases de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram utilizados os seguintes descritores: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão.

Por fim, é importante registrar que toda a elaboração e implementação do projeto foram baseadas no do Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES) que contém 10 passos: definição dos problemas; priorização dos problemas; descrição do problema selecionado; explicação do problema; seleção dos nós críticos; desenho das operações; identificação dos recursos críticos; análise da viabilidade; plano operativo e gestão do plano (FARIA;CAMPOS;SANTOS, 2018).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Atenção Primária à Saúde

Considerada como um marco dentro dos programas de saúde, a Atenção Primária em Saúde causou impactos significativos no desenvolvimento da população, onde foram adotadas metodologias que buscavam melhorar o atendimento básico, otimizando o fluxo de usuários e proporcionando tratamentos efetivos com maior eficiência, gerando satisfação para a população (MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

Tendo em vista os níveis de atenção à saúde, a Atenção Primária a Saúde (APS), é o primeiro nível de atenção em saúde e pode ser caracterizado como um conjunto de ações de saúde, que atende a pessoa de forma individual e também oferece atendimento à comunidade (coletivo). Para além da abordagem curativa, prioriza a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, e, por fim, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2012).

Para que seja possível alcançar e atender aos princípios propostos pelas diretrizes de Atenção Primária em Saúde, é imprescindível atentar para dois aspectos distintos e que se interrelacionam para organizar e manter o nível de atendimento aos usuários. Esses aspectos estão voltados para a elevação do nível de atenção e para uma reestruturação da prática clínico-assistencial dos profissionais que atuam no atendimento primário de saúde (TAVEIRA, 2010).

Entre os atributos essenciais para tornar efetivo o atendimento primário em saúde, é válido asseverar que aqueles referentes ao primeiro contato entre equipe de saúde e população usuária dos serviços de APS sejam considerados os mais importantes e, por sua vez, devem ser realizados com o intuito de reduzir as iniquidades, possibilitando, assim, reordenar o sistema de atenção à saúde (PEREIRA; OLIVEIRA, 2014).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) registrou que mesmo com os avanços nas políticas de saúde, ainda existiam grandes desafios a serem vencidos nos modelos utilizados no que concerne à atenção e gestão dos serviços prestados à população, devendo, desta forma, serem observadas as formas e acolhimento dos usuários ao atendimento público de saúde (PEREIRA; OLIVEIRA, 2014).

O grande desafio que se coloca aos trabalhadores da saúde, gestores e usuários, na construção e na efetivação do SUS como política pública, é que o sistema de saúde e todo o seu contexto e profissionais envolvidos sejam capazes de atender aos seus usuários dentro de uma política humanizada voltada para a atenção à saúde e gestão de procedimentos (CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2012).

Percebe-se, através do percurso feito até aqui que, apesar dos grandes avanços em prol das melhorias no atendimento primário, quanto ao atendimento hospitalar, ainda há muito por fazer. Entretanto, para formular uma política de saúde e instituir um sistema compatível com a realidade, é necessária a presença decisiva do Estado. Cabe a ele redistribuir recursos sob a lógica do interesse social coletivo, promovendo e consolidando um padrão de solidariedade social e permitindo que todo cidadão tenha garantido o acesso ao atendimento, através de serviços estatais e privados (FARIA; DALBELLO-ARAÚJO, 2011).

Nesse sentido, as ações e serviços públicos de saúde, integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituem o Sistema Único de Saúde, o SUS. Ressalta-se que este Sistema Único de Saúde deve se manter atento aos direitos da pessoa humana, que são garantidos pela Carta Magna, tendo como premissa o atendimento às necessidades básicas e/ou de urgência e emergência, no caso de instituições de saúde (FARIA; DALBELLO-ARAÚJO, 2011).

A regulamentação do SUS ocorreu através da Lei 8.080 de 1990. É um movimento que se firma em resistência à privatização da saúde e busca resguardar os conceitos de Universalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização e Hierarquização (VIEGAS; PENNA, 2013).

O artigo nº196 da Constituição está fundamentado no princípio de que “Saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Dessa forma, todo cidadão brasileiro, independentemente de sua condição de contribuinte do sistema previdenciário, tem direito aos serviços de saúde, organizados no sentido de prover ações para sua promoção, proteção, cura e reabilitação (VIEGAS; PENNA, 2013).

Antes da criação dos SUS, só tinha direito à saúde quem de alguma forma pagava por ela, o que foi revertido com a Constituição e a criação do SUS: toda pessoa, com renda ou não, que contribua ou não, tem direito à saúde (MENDES, 2009).

Portanto, o estabelecimento de ações organizadas, tendo como objetivo a elaboração de políticas destinadas à formação dos profissionais de saúde acerca do atendimento em unidades básicas de saúde, assim como da conscientização da população sobre seus direitos, pode ser capaz de proporcionar a todos os envolvidos a real importância da realização de ações voltadas para o desenvolvimento de práticas de saúde que visem otimizar o atendimento às pessoas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Para isso, devem existir programas que conscientizem tanto os usuários quanto os trabalhadores do setor de saúde sobre as políticas de valorização do trabalho e do acolhimento oferecido aos primeiros quanto às ações e serviços de saúde, para que desta forma, seja possível construir vias de acessibilidade aos serviços de saúde pública de modo abrangente, além de propiciar o desenvolvimento da autonomia dos usuários frente ao cuidado e, sobretudo da capacidade de gestão social das políticas públicas de saúde (REIS, 2012).

## **5.2 Estratégia Saúde da Família**

O Ministério da Saúde regulamentou, em 1994, uma política pública de saúde atualmente denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF), que mudou a forma tradicional de prestação de assistência (MAGALHÃES; DANTAS; MELO, 2013).

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Pode ser entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2012).

Tornou-se um dos principais programas da atenção primária a saúde (APS), englobando ações educativas de prevenção de agravos e promoção da saúde. É válido mencionar o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que foi implementado em 2008, como forma de ampliação e consolidação da APS. Esse núcleo apoia à ESF e amplia as ofertas de assistência à saúde na rede de serviços, com o aumento da resolutividade e da abrangência das ações (BRASIL, 2012). A partir da portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, o NASF passa a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

## 5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica

### 5.3.1 Conceito/Etiologia/Fatores de risco

O corpo é dotado de muitos mecanismos diferentes de regulação da pressão arterial, alguns dos quais operam rapidamente, alguns lentamente; outros operam em faixas de baixa pressão, alguns em faixas de pressão fisiológica considerada normal, e, por fim, alguns em faixas de alta pressão. O importante é que ao final de um tempo determinado haja controle das funções de ajustes da pressão arterial para que seja atingido o estado de equilíbrio (PASCOALINO, 2012).

De acordo com Nobre e Lima (2000) a hipertensão é tradicionalmente definida como uma persistência sistólica de pressão arterial (PA) de pelo menos 140 mmHg e/ou PA diastólica de pelo menos 90 mmHg, ou PA controlada por níveis recomendados pelas diretrizes usando medicação anti-hipertensiva. Segundo a VII Diretrizes Brasileiras de hipertensão (MALACHIAS *et al.*, 2016, p. 1)

A Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM).

Ainda conforme essas diretrizes, a pressão arterial considerada normal para indivíduos adultos deve situar em medições inferiores a 80 mmHg de pressão diastólica e 120 mmHg de sistólica. Na TAB. 1 é possível conferir a classificação diagnóstica para quadros hipertensivos em adultos ainda conforme a VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (MALACHIAS *et al.*, 2016, p. 11).

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

| Classificação         | PAS (mm Hg) | PAD (mm Hg) |
|-----------------------|-------------|-------------|
| Normal                | $\leq 120$  | $\leq 80$   |
| Pré-hipertensão       | 121-139     | 81-89       |
| Hipertensão estágio 1 | 140 – 159   | 90 – 99     |
| Hipertensão estágio 2 | 160 – 179   | 100 - 109   |
| Hipertensão estágio 3 | $\geq 180$  | $\geq 110$  |

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS  $\geq 140$  mm Hg e PAD  $< 90$  mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

O desenvolvimento de HAS tem uma relação direta entre predisposição genética e fatores ambientais, entretanto, estas interações ainda foram completamente elucidadas. É de conhecimento da comunidade médica e científica que a hipertensão está associada a alterações funcionais do sistema nervoso autônomo simpático, renais, do sistema renina angiotensina, além de outros mecanismos humorais e disfunção endotelial. Assim, a hipertensão resulta de várias alterações estruturais do sistema cardiovascular que tanto amplificam o estímulo hipertensivo, quanto causam danos cardiovasculares (RIERA, 2000).

As causas que provocam a pressão alta são muitas e variadas. Na maioria dos casos, a causa é desconhecida ou não está bem definida. Entre aquelas conhecidas estão patologias que acometem os rins, as glândulas (endócrinas), o sistema nervoso, o abuso de certos medicamentos e a gravidez. Já entre os fatores de risco associados encontramos:

- **Tabagismo:** é o fator de risco de doença cardiovascular mais frequente na adolescência. É também o fator de risco com maior possibilidade de prevenção. (NOBRE; LIMA, 2000). Devido à grande capacidade da nicotina em provocar dependência (vício), as campanhas devem priorizar as ações para evitar que o adolescente fume o primeiro cigarro.

Do ponto de vista coletivo um dos maiores fatores de risco é a exposição a propagandas de cigarro produzidas dentro de uma tecnologia de marketing com objetivo de seduzir adolescentes (NOBRE; LIMA, 2000).

- **Dislipidemia:** Níveis elevados de LDL-colesterol e níveis baixos de HDL-colesterol são os principais fatores de risco de doença cardiovascular no adulto. A hipertrigliceridemia está associada a um risco independente, pequeno, mas que potencializa os efeitos dos aumentos de LDL. Em análise mais recente dos dados dos estudos de Framingham (MONTEIRO *et al.*, 2010) relataram que a trigliceridemia tem efeito estatístico apenas no modelo para mulheres, mas não no modelo para homens.

Apesar de relacionado à maior ingestão de alimentos ricos em colesterol e gorduras saturadas na dieta e ao percentual de gordura total na dieta, o principal determinante dos níveis de lipídeos na criança é genético. Correções de dieta têm capacidade de reduzir os níveis de colesterol total em apenas cerca de 5 a 20% em média.



- **Obesidade:** A obesidade é uma condição crônica que aumenta a morbidade de muitas doenças e a mortalidade por todas as causas, sendo considerado um dos maiores fatores de risco para doença arterial coronariana, além da associação com a prevalência elevada de hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia. Evidências mostram correlação entre hipertensão arterial em homens obesos com uma maior incidência de câncer renal (MONTEIRO *et al.*, 2010).

De acordo com Pascoalino (2012) a associação entre hipertensão arterial e obesidade é reconhecida há muitos anos e está bem documentada. Resultados de inúmeros estudos epidemiológicos indicam que a obesidade é um importante e independente fator de risco para hipertensão. Estudos populacionais mostram que a prevalência da hipertensão dobra em adultos jovens e é pelo menos 50% maior nos adultos mais velhos (40 a 64 anos) com excesso de peso quando comparados com indivíduos com peso normal. Os estudos de Framingham revelam que o excesso de peso, aumenta em 8 vezes a incidência de hipertensão arterial. Calcula-se que para cada Kg ganho de peso a pressão arterial sistólica se eleva de 1 mmHg. A relação entre peso corporal e pressão arterial é verdadeira também em crianças (MONTEIRO *et al.*, 2010).

### 5.3.2 Epidemiologia

Conforme estudos Americanos a prevalência da HA aumenta progressivamente com a idade em ambos os sexos. A prevalência entre os negros é sempre maior em qualquer idade. Até os 40 anos a prevalência é próxima a 10% (20% para a raça negra), até os 50 anos chega a 20% (40% para a raça negra), após 60 anos ultrapassa os 40%, atingindo 60% após 70 anos (MANCIA, 2013).

Pode se dizer que a epidemiologia de HA na população ocidental se encontra em torno de 20%. No Brasil, apesar dos estudos epidemiológicos ainda não serem totalmente conclusivos e até mesmo inconsistentes, têm se mostrado prevalência de HAS em torno de 15 a 20%. Sua alta prevalência juntamente a altas taxas de mortalidade e morbidade faz da prevenção a principal forma de tratamento, constituindo-se em um importante problema de saúde pública mundial com altos custos financeiros não só aos pacientes como aos órgãos provedores de saúde pública (MONTEIRO *et al.*, 2010; MALACHIAS *et al.*, 2016).

Segundo Laterza, Brandão e Negrão (2007) estudos epidemiológicos têm demonstrado que diversos fatores elevam a pressão arterial contribuindo assim para maior incidência da doença. O mundo contemporâneo com dietas altamente industrializadas, ricas em sódio, carboidratos e colesterol são fatores de risco não só para a hipertensão arterial bem como obesidade, dislipidemia e diabetes. Estes fatores agravados pelo sedentarismo favorecem a elevação de riscos para acidente vascular cerebral e insuficiência coronariana.

A hipertensão arterial é considerada uma patologia de evolução silenciosa e, este fato, dificulta o início precoce de uma abordagem terapêutica, pelos poucos diagnósticos firmados. Mesmo em países desenvolvidos muitos casos são diagnosticados em fase tardia, quando já existem complicações, o que onera o tratamento. Campanhas comunitárias e divulgação através da mídia televisiva e escrita contribuíram com a conscientização da população desde há muito tempo (ARAÚJO, 2001; MALACHIAS *et al.*, 2016).

A hipertensão faz que o coração trabalhe mais intensamente do que o normal, uma vez que ele tem que expelir o sangue do ventrículo esquerdo contra uma maior resistência. Além disso, ela impõe uma grande tensão sobre as artérias e as arteríolas sistêmicas. No decorrer do tempo, esse estresse pode fazer com que o coração aumente de tamanho e as artérias e arteríolas apresentem cicatrizes, endureçam e tornem-se menos elásticas (LATERZA; RONDON; NEGRÃO (2007).

### 5.3.3 Tratamentos

O tratamento para controle da HAS na realidade vai além de simples redução dos níveis pressóricos, tem como objetivos adicionais proteger os órgãos alvos e prevenir desfechos cardiovasculares e renais. Propõe desde inserção de medicamentos anti-hipertensivos até medidas não farmacológicas. Em especial, essas últimas têm se mostrado eficazes na redução da PA, apesar de limitadas pela perda de adesão a médio e longo prazo. Acredita-se que combinando as abordagens com dieta adequada, atividade física regular e adesão medicamentosa o sucesso do tratamento quase sempre é alcançado (MALACHIAS *et al.*, 2016).

No entanto é comum, ao longo do tempo, identificar a não adesão medicamentosa por parte dos pacientes. Estudo realizado por Tosta *et al.* (2019), encontraram elevados índices de não adesão à terapia medicamentosa pelas

peças com HAS atendidas nas unidades de saúde. Tais achados corroboram os de Martins *et al.* (2014) que, ao avaliarem os hipertensos cadastrados em uma unidade de saúde da família (USF) da cidade de Montes Claros, MG, identificaram 70,7% de não adesão ao tratamento medicamentoso. Resultados semelhantes também foram obtidos por Nunes *et al.* (2015) que entrevistou 458 indivíduos em uma zona rural e urbana de Vitória de Santo Antão, PE. Esses pesquisadores obtiveram uma frequência de 73,4% de não adesão medicamentosa.

A alta prevalência encontrada de não adesão à terapia pode ser justificada pelo perfil da população estudada. Observou-se que os usuários entrevistados apresentam múltiplos fatores de risco, sendo estes relacionados à condição social, fatores ambientais que acabam por influenciar o uso inadequado de terapia medicamentosa e, por consequência, o controle dos níveis pressóricos.

Estima-se que, em geral, menos de 80% da população com indicação de tratamento anti-hipertensivo segue as recomendações de uso do medicamento indicadas por seus médicos (GIROTTI *et al.*, 2013). A cooperação do paciente hipertenso em relação às terapias medicamentosas e não medicamentosas podem ser ainda mais afetadas pela presença de comorbidades e por não compreenderem com clareza tudo o que é dito durante as consultas médicas.

Por outro lado, há também evidências científicas que reiteram que a presença de comorbidades potencializa a adesão ao tratamento e determina maior comprometimento do paciente com o esquema terapêutico, conforme destacado por Pinho e Pierin (2013). Essas mudanças de comportamento podem significar aumento da frequência às consultas médicas e implicam no esclarecimento quanto aos riscos envolvidos na associação de transtornos mórbidos.

Loyola Filho *et al.* (2018), porém, entendem a associação patologias na direção contrária à adesão medicamentosa. Salientam que a associação de patologias pode exigir o uso de mais medicamentos, o que pode afetar negativamente a adesão à terapia. Pierin *et al.* (2017), corroboram esses autores e enfatizam que o comprometimento com o tratamento é menor quando são prescritos esquemas terapêuticos complexos que podem levar ao esquecimento de administrar a medicação e envolvem fatores socioeconômicos. Os baixos níveis de escolaridade também influenciam, com efeito, não apenas os cuidados de saúde, mas também podem afetar as respostas dadas em resposta às perguntas sobre questões de saúde.

Sob esta ótica de uma ampla gama de fatores que favorecem o insucesso do controle da HAS, destaca-se a importância e a fundamental forma de abordagem multidisciplinar a esses indivíduos ou grupos para o total sucesso do tratamento e alcance dos níveis pressóricos almejados. Entre os profissionais que devem estar envolvidos na abordagem terapêutica aos pacientes com HAS a fim de trabalhar todos os fatores influentes do controle da PA estão: clínico geral, cardiologista, nefrologista, pediatra, geriatra, endocrinologista, nutricionista, psicólogo, enfermeiro, assistente social, farmacêutico e o professor de educação física, e devem trazer consigo a virtude de motivar os pacientes para atingirem as metas e objetivos propostos. Por proporcionarem maior eficiência com menor quantidade de fármacos diminuem a probabilidade de efeitos adversos e tornam-nas menos dispendiosas, contribuindo para melhorar a adesão ao tratamento (MELO *et al.*, 2013).

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Número elevado de pessoas com HAS não controlada”, 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)**

A problemática relativa ao não controle da HAS depende de vários fatores e dentre os observados na área de estudo, destacam-se tanto aqueles de natureza medicamentosa e quanto os de natureza não medicamentosa. No que concerne ao uso da medicação, é possível observar durante as consultas, visitas e abordagens pelos ACS que os pacientes não fazem uso correto dos medicamentos anti-hipertensivos. E talvez o uso de múltiplas drogas e o desconhecimento sobre a importância de seguir as propostas da abordagem terapêutica podem ser fatores limitantes para uma boa adesão à terapia medicamentosa.

No caso dos tratamentos não medicamentosos, estes dependem das mudanças de hábitos de vida e, conseqüentemente, sofrem a influência de aspectos inerentes ao sujeito e aos fatores culturais da população. Redução de hábitos como beber e fumar, a prática de atividades físicas, alimentação adequada e o manejo do estresse fazem parte do tratamento. A equipe de saúde compreende o grande desafio de mudar os hábitos de vida de uma população culturalmente arraigada a conceitos populares referentes a cuidados com a saúde e lazer. Mesmo assim, com o preparo adequado da equipe acreditamos que gradativamente esses obstáculos serão vencidos e haverá uma melhoria no controle da HAS da comunidade assistida

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

As origens e/ou causas do controle inadequado da pressão arterial pela maioria das pessoas com HAS são conseqüentes, para além dos fatores intrínsecos ao paciente, ao número reduzido de agentes de saúde na área adscrita, o que dificulta ao acompanhamento e encaminhamento desses pacientes; além disso, à

limitação do estabelecimento de diagnósticos mais efetivos, até pelo rodízio de profissionais e distanciamento entre a equipe e a população; também consequente a dificuldade em referenciar pacientes, em virtude do funcionamento ineficiente do único grupo operativo existente, o de HiperDia (hipertensos e diabéticos); e pouca oferta de atendimento para as urgências diárias de descontrolo da PA.

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

Levando em consideração que o nó crítico é a causa de um problema que, quando abordada adequadamente, pode impactar e favorecer a resolução do mesmo, foram selecionados os seguintes nós críticos:

- Baixo nível de informação dos usuários sobre a importância de aderir adequadamente ao tratamento proposto para controle da HAS;
- Processo inadequado de trabalho da equipe de saúde, especialmente no que tange ao funcionamento ineficiente do grupo de HiperDia.

#### **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)**

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema “Número elevado de pessoas com HAS não controlada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Alto da Serra, no município de Córrego Danta, estado de Minas Gerais, foram detalhadas em quadros a seguir.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Número elevado de pessoas com HAS não controlada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Alto da Serra do município de Córrego Danta, estado de Minas Gerais

|  |  |
|--|--|
| <b>Nó crítico 1</b>  | Baixo nível de informação dos usuários sobre a importância de aderir adequadamente ao tratamento proposto para controle da HAS   |
| <b>6º passo: Operação</b>  | Capacitação e Atenção aos usuários com HAS de modo a ampliar seu nível de informação sobre a doença, riscos associados e complicações consequentes a não adesão a terapêutica proposta.  |
| <b>6º passo: Projeto</b>   | “População informada – Pressão controlada”   |
| <b>6º passo: Resultados esperados</b>                                | Indivíduos melhor informados e cientes sobre a necessidade e de controle da HAS<br>Redução de 100% da desinformação acerca do controle de HAS  |
| <b>6º passo: Produtos esperados</b>                                  | - Cronograma fixo de grupos operativos informativos e de conscientização para as pessoas com HAS.<br>- Realização de campanhas educativas  |
| <b>6º passo: Recursos necessários</b>                                | <b>Cognitivo:</b> Equipe capacitada para realização dos grupos operativos.<br><b>Organizacional:</b> organização da agenda da equipe para inserção dos grupos operativos como atividade de rotina<br><b>Financeiro:</b> recursos para compra de material didático (folders, vídeos, cartazes para serem utilizados nos grupos operativos)<br><b>Político:</b> gestores públicos de saúde sensibilizados e cooperativos com a efetivação do projeto   |
| <b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>            | Político: gestores ainda não sensibilizados.<br>Organizacional: agenda da equipe ainda não organizada para inserção dos grupos operativos<br>Financeiro: recursos ainda não disponibilizados   |
| <b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b> | O projeto será socializado com os gestores públicos de saúde e divulgado nas rádios locais para sensibilização não só dos gestores, mas também de toda a comunidade.<br>Em reunião com a equipe será discutida melhor forma de organizar a agenda<br>1. Coordenador da Atenção Básica a Saúde Motivação: favorável<br>2. Secretário de saúde. Motivação: Indiferente   |
| <b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>     | - Haverá um convite à população local, pelos agentes de saúde, para reuniões quinzenais.<br>- Todo processo será acompanhado pelos integrantes da equipe de saúde.<br>- O projeto deverá ser colocado em prática tão logo seja apresentado aos gestores de saúde   |
| <b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>               | Após os grupos operativos serão propostas atividades de avaliação formativa para avaliar a capacidade de apreensão dos pacientes do conteúdo discutido.<br>Serão realizadas reuniões quinzenais para discussão sobre o sucesso do projeto e estratégias para melhorias nos pontos identificados como fragilizados. Ainda, revisar a situação do produto esperado em seis meses após o início do projeto junto à equipe responsável. Identificar a justificativa para eventuais atrasos e designar novo prazo, se necessário. |



Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Número elevado de pessoas com HAS não controlada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Alto da Serra, do município de Córrego Danta, estado de Minas Gerais

|  |  |
|--|--|
| <b>Nó crítico 2</b>  | Processo inadequado de trabalho da equipe de saúde, especialmente no que tange ao funcionamento ineficiente do grupo de HiperDia   |
| <b>6º passo: Operação</b>  | Desenvolvimento de ações para promover o trabalho do grupo de HiperDia.  |
| <b>6º passo: Projeto</b>   | “ Grupo operativo eficiente = HAS controlada”  |
| <b>6º passo: Resultados esperados</b>                                | Processo de trabalho adequado ao atendimento dos pacientes com HAS<br>Efetivação dos grupos operativos e do programa HiperDia.   |
| <b>6º passo: Produtos esperados</b>                                  | Profissionais atuantes na linha de cuidado com o paciente com HAS<br>Protocolos implantados pelo grupo operativo com melhor funcionamento na ESF   |
| <b>6º passo: Recursos necessários</b>                                | <b>Organizacional:</b> profissionais capacitados para organização do trabalho da equipe e para abordagem a pacientes com HAS<br><b>Cognitivo:</b> Informação sobre adesão a abordagem terapêutica aos usuários com HAS<br><b>Financeiro:</b> recursos para lanche durante as reuniões e impressão de folhetos educativos.<br><b>Político:</b> mobilização social e adesão dos profissionais de saúde   |
| <b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>            | Organizacional: níveis diferentes de conhecimento, por parte da equipe, sobre abordagem ao paciente com HAS<br>Político: adesão dos profissionais da saúde<br>Financeiro: recursos para lanche durante as reuniões e impressão de folhetos educativos.   |
| <b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b> | Serão realizadas capacitações de nivelamento sobre o conhecimento da equipe.<br>O projeto será apresentado aos gestores públicos para sensibilização e disponibilização de recursos financeiros.<br><br>1. Coordenador da Atenção Básica a Saúde Motivação: Favorável<br>2. Secretário de saúde. Motivação: indiferente  |
| <b>9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>     | A médica e a Enfermeira acompanharão durante os três primeiros meses do projeto os grupos operativos para avaliar efetividade dos mesmos   |
| <b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>               | Após as atividades de capacitação serão propostas atividades de avaliação formativa para identificar a capacidade dos profissionais de saúde de conduzirem o grupo de forma a facilitar a apreensão de conhecimento por parte dos usuários.<br>Serão realizadas reuniões quinzenais para discussão sobre o sucesso do projeto e estratégias para melhorias nos pontos identificados como fragilizados. Ainda, revisar a situação do produto esperado em seis meses após o início do projeto junto à responsável. Identificar a justificativa para eventuais atrasos e designar novo prazo, se necessário |

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que a relação profissional / indivíduo na assistência na Atenção Básica deve basear-se na educação em saúde, o que possibilita ao indivíduo aprender a tomar decisões relevantes à sua saúde e bem-estar, com base no princípio de que todo profissional de saúde deve ser educador.

A HAS é uma doença crônico-degenerativa, cujo controle é um desafio para os profissionais, pois seu tratamento requer a participação ativa da população, a fim de modificar alguns hábitos de vida nocivos à saúde e assimilar outros que beneficiam sua condição de saúde.

As estratégias educacionais são muitas vezes difíceis de serem alcançadas devido a inúmeros fatores, como sobrecarga de agentes de saúde, profissionais de enfermagem e médicos, com diversas atividades administrativas ou até descrença nas atividades educacionais entre os próprios profissionais e pacientes. Isso dificulta a adesão.

Uma proposta é integrar a família e usar estratégias e recursos como a realização de reuniões quinzenais, além da manutenção da realização de visitas domiciliares. Assim, o desempenho dos profissionais de saúde, apoiados pela gestão municipal é determinante para alcançar a participação e adesão à promoção da saúde e tratamento de hipertensos no município de Córrego Danta-MG.

Através da elaboração deste projeto, foi possível refletir a importância do compromisso da equipe de saúde dentro do HiperDia, uma vez que o trabalho desses profissionais poderia refletir os níveis de conhecimento e práticas dos usuários.

Espera-se que com a efetivação do projeto haja conscientização, não só das pessoas acometidas pela HAS, como por toda comunidade assistida, da necessidade de controlar a pressão arterial e aderir de forma comprometida ao tratamento proposto pela equipe de saúde. Dessa maneira acredita-se que haverá uma redução importante nos índices de pessoas com HAS não controlada.

## REFERENCIAS

ARAÚJO, C. G. S. Fisiologia do exercício físico e hipertensão arterial. Uma breve introdução. **Revista Hipertensão**, v.4, n.3, p.78-83,2001 Disponível em: [http://www.sbh.org.br/revista\\_N3\\_V4](http://www.sbh.org.br/revista_N3_V4).

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS). . **Diário Oficial da União**. Ed.183, seção 1, p. 68, Set 2017 Disponível em : [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1342](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342).

CHIAVEGATO FILHO, L. G.; NAVARRO, V. L. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista. **Revista Pegada**. v. 13 n.2, p. 67-82, dez. 2012.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAÚJO, M. **Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado**. Dossiê: Classes sociais e transformações no mundo do trabalho. v. 16, n. 1, p.142- 156, Jan./Jun, 2011.

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

GIROTTI, E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S.; MATSUO, T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, p. 1763-1772, jun. 2013

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades@. **Córrego Danta**. Brasília, [online], 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 12 fev. 2020.

LATERZA, M.C.; RONDON, M.U.P B.; NEGRÃO, C.E. Efeito anti-hipertensivo do exercício. **Rev Bras Hipertens** São Paulo, v. 14, n. 2, p. 104-111, fev. 2007.

LOYOLA FILHO, A. I., *et al.* Subutilização de medicamentos por motivos financeiros em adultos mais velhos: ELSI-Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 52, supl. 2, 8s, 2018

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

MAGALHÃES, F. M. C; DANTAS, M. F. N; MELO, M. J. G. Abordagem conceitual e histórica do SUS – revisão bibliográfica. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 17, **Anais...**, Natal, RN, 2013. Disponível em: [http://www.abeneventos.com.br/anais\\_senpe/17senpe/pdf/1187po.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1187po.pdf). Acesso em: 24 fev. 2020.

MANCIA, Giuseppe *et al.* ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC), **European Heart Journal**, v. 34, n. 28, 21 July 2013, Pages 2159–2219, Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/eh1151>.

MARTINS, A. G. *et al.* Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 3, p. 266-272, June 2014

MELO, E. C. A. *et al.* Acessibilidade geográfica e econômica na Estratégia Saúde da Família: avaliação da satisfação por usuários com hipertensão arterial sistêmica **Rev. Bras. Pesq. Saúde.** , Vitória, v.15, n.4, p. 37-47, out-dez, 2013  
Disponível em: <https://doi.org/10.21722/rbps.v15i4.7597>.

MENDES, E. V. “**Agora mais que nunca**”. Uma revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde. Belo Horizonte. 2009.

MONTEIRO, L. Z.*et al.* . Redução da pressão arterial, da IMC e da glicose após treinamento aeróbico em idosas com diabetes tipo 2. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 5, Oct. 2010 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010001500002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001500002&lng=en&nrm=iso).

MOTTA, L. C. de S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro. v. 39, n.2, p. 196-207. 2015.

NOBRE, F.; LIMA, N. K. da C. Hipertensão Arterial: Conceito, Classificação e Critérios Diagnósticos. In. **Manual de Cardiologia SOCESP** - Cap. 70; São Paulo: Atheneu, 2000

NUNES, T. B. *et al.* Hipertensão Arterial Sistêmica em Idosos do Município de Tubarão, SC – Brasil: Estudo Populacional. **Int J Cardiovasc Sci.** v.28, n.5, p. 370-376,2015. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/sumario/28/pdf/v28n5a05.pdf>.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013.

PASCOALINO, L. N. **Efeitos da atividade física aeróbia sobre a pressão arterial sistêmica e rigidez arterial em pacientes submetidos a transplante cardíaco.**

2012. 83f. Tese (Doutorado em Cardiologia). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2012. Disponível em: [http://www.incor.usp.br/sites/incor2013/docs/egressos-teses/2012/19-10-12\\_Lucas\\_Nobilo.pdf](http://www.incor.usp.br/sites/incor2013/docs/egressos-teses/2012/19-10-12_Lucas_Nobilo.pdf).

PEREIRA, I. C.; OLIVEIRA, M. A. de C. **Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo**. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014.

PINHO, N. A.; PIERIN, A. M. G. O Controle da Hipertensão Arterial em Publicações Brasileiras. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 101, n. 3, p. e65-e73, Sept. 2013

PIERIN, A. M. G. *et al.* Cronicidade e doença assintomática influenciam o controle dos hipertensos em tratamento na atenção básica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 763-770, Oct. 2016

RÊGO, A. S.; RADOVANOVIC, C. A.T. Adherence of hypertension patients in the Brazil's Family Health Strategy. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1030-1037, May 2018

REIS, L. R. **Organização dos serviços na Estratégia de Saúde da Família com foco na integralidade**. 2012. 91f Dissertação (Mestrado em Gênero, Cuidado e Administração em Saúde). Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. 2012.

RIERA, A. R. P. **Hipertensão arterial**. Conceitos práticos e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2000.

TAVEIRA, Z. Z. **Precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura**. 2010. 30f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010

TOSTA, L. *et al.* Low adherence to medication therapy in systemic arterial hypertension: prevalence and associated factors in primary healthcare. **J. Physiother. Res**. Salvador, v. 9, n. 1, p. 45-55 2019

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 133-141, Mar. 2013