

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

**Flávia Carolina Melges de Moraes**

**UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO À POPULAÇÃO COM HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA NA EQUIPE ROSANEVES I NO MUNICÍPIO DE  
RIBEIRÃO DAS NEVES, MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte  
2020**

**Flávia Carolina Melges de Moraes**

**UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO À POPULAÇÃO COM HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA NA EQUIPE ROSANEVES I NO MUNICÍPIO DE  
RIBEIRÃO DAS NEVES, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Alexandre Ernesto Silva

**Belo Horizonte**

**2020**

Morais, Flávia Carolina Melges de.  
M827p Uma Proposta de intervenção à população com Hipertensão Arterial Sistêmica na equipe Rosaneves I no Município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais [manuscrito. / Flávia Carolina Melges de Moraes. - Belo Horizonte: 2020.  
55f.: il.  
Orientador (a): Alexandre Ernesto Silva.  
Área de concentração: Gestão do Cuidado em Saúde da Família.  
Monografia (Especialização): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Hipertensão. 4. Prevenção Primária. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Silva, Alexandre Ernesto. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WG 340

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



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

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, aos 23 dias do mês de Julho 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 **FLAVIA CAROLINA MELGES DE MORAIS** intitulado “UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO À POPULAÇÃO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA EQUIPE ROSANEVES I NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO DAS NEVES, MINAS GERAIS.”, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelos professores: Dr. ALEXANDRE ERNESTO SILVA e Profa. Dra. MARIA MARTA AMANCIO AMORIM. O TCC foi aprovado com a nota 84.

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

Belo Horizonte, 17 de dezembro de 2020.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO  
Coordenador do Curso de Especialização Gestão do Cuidado Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 18/12/2020, às 09:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



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 **0483666** e o código CRC **5962COEB**.

**Flávia Carolina Melges de Moraes**

**UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO À POPULAÇÃO COM HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA NA EQUIPE ROSANEVES I NO MUNICÍPIO DE  
RIBEIRÃO DAS NEVES, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Alexandre Ernesto Silva

Banca examinadora

Professor Alexandre Ernesto Silva. Professor Adjunto na Universidade Federal de São João del-Rei.

Professora Maria Marta Amancio Amorim. Doutora em Enfermagem. Centro Universitário Unifacvest.

Aprovado em Belo Horizonte, em 10 de Abril de 2020.

Dedico este trabalho à minha filha e ao meu esposo, que dão muito apoio para eu continuar a missão. São pessoas que sempre estão ao meu lado pelos caminhos da vida, acompanhando, apoiando e principalmente acreditando em mim. Não conquistaria nada sem eles. Obrigada, pelo amor transformador e força incondicional.

Agradeço à Deus que tudo pode e faz para meu crescimento espiritual, acadêmico e profissional.

À minha família, que em nome dos meus pais, Carla Simone e Agostinho Firmino; do meu companheiro de vida Ulysses e da minha pequena Valentina, por tudo que significam em minha vida.

Ào orientador Alexandre Ernesto Silva pela ajuda na condução e viabilização deste trabalho.

À toda Equipe de Saúde de Família do Rosa Neves I, por estar disposta a ajudar durante minhas ausências e por compartilhar experiências únicas.

Ao Programa Mais Médico do Brasil que me deu a oportunidade de conhecer o povo brasileiro e a possibilidade de contribuir e ajudá-los com o meu trabalho a melhorar a saúde no país.

À Prefeitura Municipal de Ribeirão das Neves pela parceria nessa jornada.

“Se um estiver que escolher entre o mundo e o amor, lembre-se: se escolher o mundo, ficará sem o amor, mas se escolher o amor, com ele você conquistará o mundo”. Albert Einstein



## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é considerada uma doença crônica com alta prevalência na população brasileira e mundial; de evolução progressiva, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Sua causa é multifatorial, trazendo como fatores de risco: idade, sexo, hereditariedade, raça, obesidade, estresse, anticoncepcionais orais, dieta alta de sódio e gorduras e o diabetes mellitus. Tendo em vista o compromisso de atenção integral das abordagens em saúde da família, o presente trabalho tem como objetivo propor um plano de intervenção para a assistência à população com hipertensão arterial sistêmica descompensada, na Equipe de Saúde da Família Rosaneves I do município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais. A revisão da literatura foi feita a partir da pesquisa *online* através do acesso ao centro de informática da Biblioteca Virtual em Saúde através da base de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde ; Scientific Library Online acerca dos fatores de risco para hipertensão em adultos. Seguido da elaboração de um plano de ação fundamentado no Planejamento Estratégico Situacional Simplificado. Os nós críticos relacionados ao atendimento ao hipertenso foram: conhecimento insuficiente sobre HAS pelos enfermos, falta de hábitos alimentares corretos e sedentarismo, processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema, falta de atividades educativas sobre a HAS/ falta de incentivo para atividades de promoção à saúde e prevenção dos agravos. Foram propostas as seguintes medidas: criação de reserva de vagas de consulta para agendamento exclusivo para hipertensos; padronização do acompanhamento dos hipertensos pela adoção da linha de cuidado implantada para os usuários portadores de hipertensão arterial na área de abrangência da ESF Rosaneves I; grupo educativo/operativo periódico desenvolvido por equipe multidisciplinar (NASF e ESF); implantação de fluxograma e protocolos relacionados ao tema; grupo de caminhada orientada; e práticas em academia da cidade; campanhas educativas abordando fatores de prevenção da HAS; estimular a comunidade a produzir verduras- Horta em casa. Espera-se que haja uma reorganização de todo o processo de trabalho da ESF, com melhora significativa na qualidade do acompanhamento dos pacientes portadores de HAS.

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

## ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is considered a chronic disease with high prevalence in the Brazilian and worldwide population; progressive evolution, characterized by high and sustained blood pressure levels. Its cause is multifactorial, bringing as risk factors: age, sex, heredity, race, obesity, stress, oral contraceptives, high sodium and fat diet and diabetes mellitus. In view of the commitment to comprehensive care of family health approaches, the present study aims to propose an intervention plan to assist the population with decompensated systemic arterial hypertension, in the Rosaneves I Family Health Team in the city of Ribeirão das Neves, Minas Gerais. The literature review was done through online research through access to the Virtual Health Library's computer center through the database: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Scientific Library Online about risk factors for hypertension in adults. Followed by the elaboration of an action plan based on the Simplified Situational Strategic Planning. The critical nodes related to hypertensive care were: insufficient knowledge about SAH by the sick, lack of correct eating habits and physical inactivity, inadequate team work process to face the problem, lack of educational activities about SAH/lack of incentive for health promotion and disease prevention activities. The following measures were proposed: creation of a reserve of consultation spaces for exclusive scheduling for hypertensive patients; standardization of the monitoring of hypertensive patients by adopting the care line implemented for users with arterial hypertension in the area covered by the ESF Rosaneves I; periodic educational / operative group developed by a multidisciplinary team (NASF and ESF); implementation of flowchart and protocols related to the theme; guided walking group; and practices in the city's gym; educational campaigns addressing hypertension prevention factors; encourage the community to produce vegetables- vegetable garden at home. It is expected that there will be a reorganization of the entire work process of the ESF, with a significant improvement in the quality of the monitoring of patients with HAS.

Keywords: Family health strategy. Primary health care. Hypertension. Primary Prevention.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Aspectos demográficos da Unidade Básica de Saúde Rosaneves I.	19
Quadro 2- Quadro 2. Aspectos epidemiológicos da U.B.S Rosaneves I em Janeiro de 2019.	20
Quadro 3- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Rosaneves I, Unidade Básica de Saúde Rosaneves I, município de Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais.	24
Quadro 4- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alto índice de pacientes HAS descompensados cadastrados na U.B.S Rosaneves I”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rosaneves I, do município Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais.	38
Quadro 5. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alto índice de pacientes HAS descompensados cadastrados na U.B.S Rosaneves I”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rosaneves I, do município Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais.	40
Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alto índice de pacientes HAS descompensados cadastrados na U.B.S Rosaneves I”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rosaneves I, do município Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais.	42
Quadro 7 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Alto índice de pacientes HAS descompensados cadastrados na U.B.S Rosa Neves I”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rosaneves I, do município Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais.	43

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ASCOBARONE	Associação Comunitária do Bairro Rosaneves
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CMS	Conselho Municipal de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPER-DIA	Hipertensão e Diabetes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano
LILACS	Literatura Latino Americana e Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
PMRN	Prefeitura municipal de Ribeirão das Neves
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel Urbano
SciELO	Scientific Eletronic Library Online

SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMRN	Secretaria Municipal de Ribeirão das Neves
SUS	Sistema único de Saúde
UBR	Unidade básica de referência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
1.1 Aspectos gerais do município.....	13
1.2 O sistema municipal de saúde.....	15
1.2.1 Pontos de Atenção à Saúde e Sistemas de Apoio e Logístico do município de Ribeirão das Neves.....	15
1.2.2 Organização dos Pontos de Atenção à Saúde do município de Ribeirão das Neves.....	16
1.3 Aspectos da comunidade.....	17
1.4 A unidade básica de saúde RosaNeves I do município de Ribeirão das Neves .....	20
1.5 A equipe de saúde da família RosaNeves I, da unidade básica de saúde RosaNeves I.....	21
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe RosaNeves I.....	22
1.7 O dia a dia da equipe RosaNeves I.....	22
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	24
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....	24
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>26</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>28</b>
3.1 Objetivo geral.....	28
3.2 Objetivos específicos.....	28
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>30</b>
5.1 Hipertensão arterial.....	33
5.2 Classificação da hipertensão arterial.....	34
5.3 Fatores de riscos da hipertensão arterial.....	35
5.3.1 Idade.....	35
5.3.2 Sexo.....	35
5.3.3 Ingestão de sal.....	36
	36

5.4 Caracterização da hipertensão arterial.....	37
5.5 Tratamento da hipertensão arterial.....	37
5.5.1 Medidas não farmacológicas.....	39
5.6 Atuação da ESF no controle pressórico dos pacientes hipertensos.....	39
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>35</b>
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).	35
6.2 Explicação do problema (quarto passo).....	36
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	37
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) (sexto passo).....	38
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>45</b>

## **1.1 Aspectos gerais do município**

Ribeirão das Neves é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, Região Sudeste do país. Pertence à Região Metropolitana de Belo Horizonte e é o sétimo município mais populoso do estado, reunindo 331.045 habitantes, segundo estimativa de 2018 (IBGE, 2018).

A cidade de Ribeirão das Neves foi considerada um município dormitório, pois a maior parte de seus moradores trabalhavam na capital mineira, ou nos municípios vizinhos que também fazem parte da Região Metropolitana de Belo Horizonte.

A economia do município concentra-se na indústria e no comércio em geral, que emprega a população economicamente ativa. Além disso, a proximidade de Ribeirão das Neves com o Anel Rodoviário de Belo Horizonte (40km) e com o Aeroporto Internacional Tancredo Neves, em Confins (25 km), a disponibilidade de grandes terrenos e mão de obra farta vem despertando o interesse de indústrias para se instalarem na região. Por outro lado, Ribeirão das Neves abriga um complexo penitenciário subsidiado pelo Estado de Minas Gerais, sendo que atualmente sua população carcerária chega a cerca de 6.586 detentos, distribuídos nas seis unidades prisionais existentes no município, além de um Centro Sócio Educativo, com população estimada de 83 adolescentes (BRASIL, 2013).

Conta com três macrorregionais: o distrito de Justinópolis, a regional Centro e a regional Veneza. E de acordo com a divisão regional vigente, desde 2017, instituída pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, o município pertence às Regiões Geográficas Intermediária e Imediata de Belo Horizonte. Até então, com a vigência das divisões em microrregiões e mesorregiões, fazia parte da microrregião de Belo Horizonte, que por sua vez estava incluída na mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte (IBGE, 2016).

Os municípios limítrofes são Belo Horizonte, Contagem, Esmeraldas, Pedro Leopoldo, Vespasiano e São Jose da Lapa. Distam 32 km da capital mineira. Em relação as suas características geográficas apresenta-se uma área de



155,454 km<sup>2</sup>, densidade de 2.129,54 hab./km<sup>2</sup>, 808 m de altitude e clima tropical de altitude (IBGE, 2015).

O indicador do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro- IDH-M é de 0,684 *médio*; Produto Interno Bruto- PIB de R\$ 3 469 745,30 mil; PIB per capita de R\$ 10 753 (IBGE, 2017).

Em 2016, o salário médio mensal era de dois salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 9.4%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 34.5% da população nessas condições, o que o colocava na posição 555 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 3675 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2017).

A população de Ribeirão das Neves é relativamente jovem, onde aproximadamente 2% vivem abaixo da linha de pobreza e o número de analfabetos que vivem na zona rural é maior que na zona urbana (IBGE, 2017).

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 5.7 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica-IDEA. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 3.9. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 96.5 em 2010. Isso posicionava o município na posição 670 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 4193 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2017).

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 10.31 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0,2 para cada 1.000 habitantes (IBGE, 2017).

Quanto ao saneamento básico, no município aproximadamente 98% dos domicílios possuem água encanada fornecida por rede pública, e cerca de 74,3% da população, é servida por recolhimento de esgoto por rede pública, sendo que o percentual de domicílios que utiliza fossas sépticas é de mais ou menos 20% e aproximadamente 5% dos domicílios descarta o lixo a céu aberto; 8.5% de

domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Por outro lado, cerca de 100% da população vive em domicílio equipado com energia elétrica (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2014).

Em relação aos recursos para a saúde em Ribeirão das Neves aproximadamente 90% da população é usuária da assistência à saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Para permitir a participação de usuários, transparência nas ações, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) é paritário com 50% de usuários, 25% trabalhadores e trabalhadores do Sindicato e 25% de representante de Governo e Prestadores de serviço.

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

Os sistemas integrados de atenção à saúde são aqueles organizados através de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde que presta uma assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde; coordenada pela atenção primária à saúde.

### **1.2.1. Pontos de Atenção à Saúde e Sistemas de Apoio e Logístico do município de Ribeirão das Neves**

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada no município em 1996, a partir de então o município passou a trabalhar com 52 equipes de Saúde da Família, seis equipes da saúde bucal, três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), cinco Unidades Básicas de Referência (UBR), laboratório de análises clínicas, clínicas de imagem sendo que os dois últimos funcionam de forma complementar aos serviços prestados pelo SUS

Para promover o cuidado nas situações urgentes, as redes de média e alta complexidade fornecem atendimento através de duas Unidades de Pronto Atendimento (01 – Nível II e 01- Nível III); Hospital São Judas Tadeu. Sendo que os usuários que necessitam de cuidados referentes à alta complexidade são referenciados para Belo Horizonte. Como recursos humanos, em Ribeirão das

Neves, 66 servidores são comissionados, 891 são concursados, 904 são contratados e 35 são médicos vinculados ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que trabalham em média oito horas por dia.

Os serviços de urgência e emergência em Ribeirão das Neves são realizados por duas unidades de pronto atendimento (UPA), denominado UPA Joanico que localiza-se no centro da cidade e UPA Aerizio Menezes, mais conhecida como UPA de Justinópolis. As duas unidades prestam serviço para as cinco regiões (I, II, III, IV, V), assim, a região I e II referenciam seus pacientes para a primeira e as regiões III, IV e V os direciona a última.

#### 1.2.2 Organização dos Pontos de Atenção à Saúde do município de Ribeirão das Neves

A organização dos pontos de Atenção à Saúde da rede, no município de Ribeirão das Neves, é bem precária no que tange o controle por intermédio da referência e contrarreferência. Já que muitas das vezes a Unidade Básica que deveria ser a coordenadora do cuidado não recebe o retorno (contrarreferência) dos especialistas, deixando assim o usuário perdido nesse fluxo e acaba por não garantir uma assistência integral à população. Todavia, essa não é a realidade quando se refere à comunicação/contato/dialogo entre outros municípios. Os pacientes atendidos e direcionados para serviços de alta complexidade, ou serviços secundários e terciários dos municípios conveniados com Ribeirão das Neves costumam retornar com a contrarreferência dos especialistas e das instituições assistenciais.

O Modelo de Atenção à Saúde predominante no município de Ribeirão das Neves é o sistema de rede de atenção à saúde já que se trabalha com uma população adscrita, com objetivo de melhoria da saúde dessa população. Atua-se de forma proativa, baseado em planos de cuidados de cada usuário realizado conjuntamente pelos profissionais e pelos usuários; com ênfase nas intervenções curativas, cuidadoras, promocionais, preventivas e reabilitadoras sobre determinantes sociais de saúde e sobre as doenças ou condições estabelecidas.

As ESF possuem um território sanitário definido (territorialização, construção e conhecimento do espaço/população/território) e realizam a identificação/ cadastro dos usuários por meio do cartão nacional do SUS. Porém, não são todas as unidades de saúde que dispõem de prontuário eletrônico em decorrência das limitações dos custos dessas tecnologias de informação ao município.

Um nó existe na organização dos pontos de atenção da rede é certamente a falta de fluidez entre os pontos de atenção da rede. Não existe uma comunicação articulada entre os níveis primário, secundário e terciário conforme já relatado anteriormente.

Os sistemas de apoio também são pontos de limitação do sistema da rede de atenção à saúde, pois, apresentam cobertura muito aquém que a população necessita. A cota para realização de exames disponibilizada é baixa; com filas enormes e demoradas frente a grande demanda da população e o crescente aumento populacional. Além disso, esbarra-se na defasagem do apoio diagnóstico, terapêutico e de assistência farmacêutica decorrente da falta de recursos financeiros/subfinanciamento do SUS. Não é incomum a falta de medicação de controle dispensada pelo SUS; o que leva o paciente não realizar o tratamento adequado ou a não aderir ao tratamento. Já que muitas das vezes a compra da medicação é inviável por questões financeiras.

Um dos principais problemas do Sistema Municipal de Saúde em Ribeirão das Neves é a longa fila de espera para as consultas especializadas, exames e procedimentos decorrentes da demanda exorbitante, bem como da falta de profissionais contratados para prestação de serviço. Atualmente o município possui um quadro bem desfalcado de especialistas. Além disso, a cidade esbarra também na questão da rotatividade de profissionais, o que dificulta a resolutividade dos casos.

O financiamento da atenção básica é certamente outro problema que deve ser considerado. O SUS está subfinanciado e não recebe dinheiro suficiente para atender a sua demanda, situação que é agravada ainda mais pela crise política e

econômica no país. A falta de recursos financeiros limita a contratação de mais profissionais, a compra e dispensação de medicações, insumos e equipamentos necessários, bem como investimentos em infraestrutura.

A pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais numa perspectiva de construção da integralidade do cuidado juntamente com contato e o diálogo fragmentado entre atenção básica e profissionais/serviços de outros pontos de atenção são problemas enfrentados pelo sistema municipal de saúde.

Outro problema relevante refere-se à questão dos recursos humanos disponíveis para atuar na saúde da família, considerando que há escassez e insuficiência de profissionais; tal dificuldade acaba sendo enquadrada no problema discutido anteriormente. Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores também são as realidades enfrentada pelo sistema.

Do mesmo modo está a falta de legitimidade da Atenção Básica junto aos usuários e a precária estimulação à participação da sociedade; ou seja, desvinculamento da comunidade.

A necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, para grupos mais vulneráveis também é um desafio para o sistema municipal de saúde.

### **1.3 Aspectos da comunidade**

A Equipe de Saúde da Família do bairro Rosaneves I abrange uma região que consta com 2808 usuários cadastrados, sendo que destes 2497 são maiores que 15 anos e 1147 são mulheres de 10 a 59 anos. A população adscrita é bem variada, mas com predominância de adultos e idosos.

Rosaneves I é um bairro do município de Ribeirão das Neves, região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. Suas ruas foram batizadas com nomes de plantas (com exceção da Rua Jardineiras): Rua Acácias, Rua Arálías, Rua Azaleia, Rua Begônias, Rua Bugarville, Rua Camélias, entre outras.

A comunidade possui uma escola, duas creches sendo que todas são particulares e cinco igrejas no seu território.

Ao se preocupar com o social, o Rosaneves I conta com a ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA DO BAIRRO ROSANEVES (ASCOBARONE), uma junta de moradores que preza pela melhoria do bairro, e ainda com o "Programa Mediação de Conflitos", localizado na Rua Dálías, que faz do diálogo sua principal "arma" na luta contra a criminalidade, assim como o "Fica Vivo", um conjunto de oficinas culturais com o mesmo propósito e localidade. Existem reuniões quinzenais das comissões (saúde, transporte, infraestrutura e educação) formadas pelos próprios moradores do Rosa Neves no Programa Mediação de Conflitos, com exceção da Comissão de Saúde que passou a ter reuniões itinerantes, sempre às 09 horas. Na Avenida Madressilva, 1005, encontra-se o "Projeto Girassol" que, como o nome, metaforicamente, diz, faz com que as pessoas sigam a luz do conhecimento através da inclusão digital e de outros projetos.

### 1.3.1 Aspectos demográficos da Unidade Básica de Saúde Rosaneves I

**Quadro 1. Aspectos demográficos da Unidade Básica de Saúde Rosaneves I**

<b>Faixa Etária/ano</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
< 1	27	26	53
1-4	109	106	215
5-14	270	263	533
15-19	130	125	255
20-29	284	270	554
30-39	249	239	488

40-49	157	171	328
50-59	105	113	218
60-69	49	53	102
70-79	19	26	45
≥ 80	6	11	17
Total	1405	1403	2808

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência- (E-SUS, 2019).

### 1.3.2 Aspectos epidemiológicos da U.B.S Rosaneves I em Janeiro de 2019

É possível conhecer o perfil epidemiológico da população da área de abrangência da ESF por meio da coleta de dados disponíveis no cadastro individual da população. Exemplos de dados disponíveis no cadastro são apresentados no quadro 2:

#### **Quadro 2. Aspectos epidemiológicos da U.B.S Rosaneves I em Janeiro de 2019**

<b>Condição de Saúde</b>	<b>Quantitativo (nº)</b>
Gestantes	18
Hipertensos	362
Diabéticos	209
Pessoas com doenças respiratórias (asma, doença pulmonar obstrutiva crônica- DPOC, enfisema, outras).	57
Pessoas que tiveram acidente vascular cerebral- AVC	11
Pessoas que tiveram infarto	29
Pessoas com doença cardíaca	33
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros).	24
Pessoas com hanseníase	6
Pessoas com tuberculose	8
Pessoas com câncer	13
Pessoas com sofrimento mental	118
Acamados	7

Fumantes	160
Pessoas que fazem uso de álcool	103
Usuários de drogas	31

#### **1.4 A Unidade Básica de Saúde Rosaneves I do município de Ribeirão das Neves**

A unidade de Saúde Rosaneves I foi inaugurada há cerca de 7 anos e está distante do centro da cidade. Faz limite com o município de Esmeraldas. Está localizada na Rua das Camélias, nº 780, bairro Rosaneves.

A estrutura física da UBS é composta por casa antiga com quintal extenso nos fundos, porém bem conservada. Sua área pode ser considerada inadequada considerando a demanda e a população atendida, além disso, o espaço físico não é muito bem aproveitado. A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade. Isso dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos, e muita gente tem que aguardar o atendimento em pé. Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento. Não existe sala de reuniões, razão pela qual a equipe utiliza o espaço destinado às medicações, o que é bastante desagradável quando se tem reunião multidisciplinar do NASF, nas quais o número de profissionais participantes é grande e o espaço é limitante.

A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, porém não possui computadores nos consultórios, instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos. A falta desses materiais constituiu-se em foco de tensão relevante entre a Equipe de Saúde, a coordenação da ESF e o gestor municipal de saúde.

#### **1.5 A Equipe de Saúde da Família Rosaneves I, da Unidade Básica de Saúde Rosaneves I**

A equipe da Saúde da Família do Rosaneves I é composta por quatro ACS (agente comunitário de saúde), um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um



médico. A equipe está com a cobertura de uma micro área desfalcada/descoberta. Além disso, a unidade conta com apoio da equipe do NASF; que por sua vez é composta por um nutricionista, um educador físico, um assistente social, um psicólogo, um psiquiatra, uma farmacêutica.

### **1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Rosaneves I**

A Unidade de Saúde funciona das 8 horas às 17 horas e, para tanto, é necessário o apoio dos ACS, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo, sempre que o auxiliar de enfermagem ou o enfermeiro está presente na Unidade. Esse fato tem sido motivo de algumas discussões, principalmente entre o enfermeiro da equipe e o coordenador de atenção básica, que justifica a necessidade de se utilizar o trabalho dos ACS nessas atividades, pela dificuldade de contratação de um funcionário do administrativo.

### **1.7 O dia a dia da equipe**

O tempo da ESF Rosaneves I está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea e com o atendimento de alguns programas, como: pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos. A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde, que se mostraram pouco sucesso. A equipe não possui nenhum grupo operativo de educação em saúde ativo, porém toda a ESF está empenhada na elaboração e implantação do grupo Hipertensão-Diabetes - HIPERDIA; o qual foi decidido condicionar a “troca das receitas” à participação nas reuniões objetivando atingir um maior público alvo nas reuniões.

Quando o paciente entra na unidade necessitando de cuidados urgentes, a equipe toma as medidas pertinentes na unidade de saúde visando estabilizar o paciente conforme os recursos disponíveis, posteriormente realiza-se o transporte do paciente através das ambulâncias do Serviço de Atendimento Móvel Urbano (SAMU).

Diariamente na unidade de saúde o serviço é organizado, através do agendamento de consultas para todos os pacientes que procuram a unidade. Não existe horário na agenda do médico e do enfermeiro destinado ao atendimento da demanda espontânea, situação de urgência. A triagem dos pacientes é realizada pelo enfermeiro e técnico de enfermagem, porém o acolhimento é realizado por toda a equipe e principalmente pelos ACS.

Uma vez por mês a equipe se reúne para discutir, planejar ações e também para discutir problemas existentes na UBS (reunião de equipe); porém devido à grande demanda por atendimento assistencial individual, essas reuniões acabam sendo adiadas para próximo mês, não sendo então realizada periodicamente.

O atendimento em saúde prestado pela equipe está centrado no indivíduo e desvinculado da comunidade. Não há programas de promoção e prevenção vinculados à agenda dos diversos profissionais. Sendo realizado apenas cuidado assistencial, com consultas, prescrições, medicalização e atendimento das condições agudas. A equipe gasta maior parte do tempo realizando atendimento da demanda espontânea e centrando o saber e o poder no profissional de saúde. Ressalto também que os profissionais estão muito acostumados ao modelo médico-enfermeiro-centrado já que toda a demanda espontânea é direcionada para tais profissionais.

A equipe opera dentro do modelo antigo/hospitalocêntrico de atendimento que incluem posturas e demandas tradicionais, tanto dos trabalhadores quanto da própria comunidade e que a compreensão atual da ESF ainda é distorcida, inviabilizando trabalho mais ampliado, com enfoque não somente em ações terapêuticas, mas também em vigilância à saúde, com investimentos na vinculação e corresponsabilização, de forma que o usuário exerça papel ativo em busca de autonomia no cuidado e na manutenção da sua saúde.

Não são utilizados instrumentos de gestão, em nível local, que possam subsidiar negociações, acompanhamento do trabalho e avaliação por desempenho. As ferramentas de planejamento e organização de trabalho, como estudos de caso,

elaboração de agenda, eventos sentinela, análise de demanda, ainda são pouco ou quase nada utilizadas, havendo extrema dificuldade em se estabelecer prioridades de acordo com a demanda.

A equipe não tem uma constituição de espaços regulares de reunião de equipe para discussão do processo de trabalho e construção/acompanhamento de projetos terapêuticos singulares o que esbarra na dificuldade de comunicação entre os profissionais sobre o processo de trabalho.

E por último, não existe gestão colegiada com participação ativa da sociedade na gestão local da unidade de saúde.

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

De acordo com Campos; Faria; Santos (2010), problema é um obstáculo que impede um indivíduo de alcançar seus objetivos. Assim, durante o período de trabalho na UBS Rosaneves I em Ribeirão das Neves, foi possível verificar os principais problemas enfrentados pela população daquela área de abrangência.

Com a realização do diagnóstico situacional do território, os maiores problemas enfrentados pelo usuário foram a elevada incidência e prevalência de pacientes diabéticos descontrolados; uso indiscriminado de psicofármacos; falta de grupo operativo/atividades educativas que criam vínculo da equipe com os usuários, incidência de doenças cardiovasculares e o alto índice de pacientes Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) descompensados sendo este o que mais chamou a atenção da equipe.

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

Assim construiu-se o quadro 3 com os problemas identificados, analisados e posteriormente selecionados quanto à prioridade.

**Quadro 3 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Rosaneves I,**

**Unidade Básica de Saúde Rosa Neves I, município de Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais**

<i>Principais problemas</i>	<i>Importância (alta, média, ou baixa)</i>	<i>Urgência (0 a 10)</i>	<i>Capacidade de enfrentamento (dentro, parcial ou fora)</i>	<i>Seleção (ordem de prioridade)</i>
Alta incidência de HAS/ Risco cardiovascular aumentado	Alta	8	Parcial	1
Elevada incidência e prevalência de pacientes diabéticos descontrolados	Alta	8	Parcial	1
Uso indiscriminado de psicofármacos	Alta	7	Parcial	2
Ausência de grupo operativo/falta de vínculo entre equipe e usuário	Alta	7	Parcial	2

Fonte: Membros da ESF do Rosa Neves (2019).

Dentre os problemas encontrados no território dificilmente, seria possível a equipe conseguir resolver todos ao mesmo tempo, pois, estão envolvidos recursos financeiros, humanos, educação permanente, materiais, bem como a atualização dos profissionais. Assim, o problema foi selecionado pela urgência, capacidade de enfrentamento pela equipe e relevância (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Estabelecemos prioridades consoantes aos problemas. Concluimos que a principal questão é a alta prevalência de hipertensos descompensados.

## 2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela elevada prevalência e incidência de pacientes diagnosticados com HAS na comunidade da área de abrangência da equipe de Saúde Rosaneves I, do município de Ribeirão das Neves. A equipe percebeu a alta incidência da doença na rotina do serviço e durante os atendimentos médicos, além do número de hipertensos ser significativo nos registros da equipe.

Além disso, a rotina dos profissionais da equipe é alterada em decorrência de significativa demanda espontânea, pois, parte significativa dos atendimentos prestados, está relacionada ao descontrole pressórico (crises hipertensivas, sintomas das síndromes coronarianas). Durante as consultas de enfermagem, consultas médicas e aferição das pressões arteriais realizada pelo técnico de enfermagem, os profissionais da equipe perceberam a irregularidade do cumprimento da dieta, interrupção do uso dos anti-hipertensivos decorrente da ausência da distribuição via SUS ou por pouca informação sobre a doença e riscos associados.

E por último, percebe-se a falta de atividades de prevenção para melhorar a qualidade de vida, como a modificação da dieta, estilo de vida, sedentarismo além da interrupção do medicamento.

A HAS representa grave problema de saúde no Brasil, não somente pela elevada prevalência, como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, ou não tratados de forma adequada, ou ainda, pelo alto índice de abandono do tratamento (ROESE, 2011).

As doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a HAS, são causas de morte muito frequente na população, por não serem consideradas as complicações que podem decorrer do não acompanhamento adequado. Ditas doenças respondem por um terço de todas as mortes no mundo, devido ao envelhecimento da população e à propagação de fatores de risco associados à globalização e à urbanização (BRASIL, 2006).

A HAS quase sempre é fator de risco de forma progressiva para as lesões nos vasos sanguíneos com consequentes alterações de órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina. Principalmente por ser uma doença silenciosa: não dói, não provoca sintomas, entretanto, pode matar. A maioria das vezes quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações graves (ROESE, 2011).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Propor um plano de intervenção para a assistência à população com hipertensão arterial sistêmica descompensada, na Equipe de Saúde da Família Rosaneves I do município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Realizar capacitação dos profissionais da ESF- Rosaneves I para atualização e capacitação na atenção à HAS.

Realizar campanhas de informação e identificação de casos suspeitos e promoção de hábitos saudáveis de vida nos clientes da USF Rosaneves I por meio de trabalho multidisciplinar.

Realizar confirmação diagnóstica pelo médico e início da terapêutica.

Realizar cadastramento, vinculação e acompanhamento dos pacientes portadores de HAS na USF Rosaneves I.

Propor formas de disseminação do conhecimento sobre a doença Hipertensão Arterial Sistêmica para a população de abrangência da equipe Rosaneves I.

Informar o uso correto e a importância da regular da medicação anti-hipertensiva.

Criar grupo operativo de hipertensos/ inserção na agenda da equipe para atividades educativas.

## 4 METODOLOGIA

A elaboração da proposta de intervenção para o acompanhamento dos pacientes hipertensos pertencentes à área de abrangência da ESF Rosaneves I deu-se em três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

Primeiramente, foi executado um diagnóstico situacional utilizando como metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES) a estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações de acordo com o proposto por Campos; Faria; Santos (2017, p.22-51) com a colaboração da equipe de saúde. Este método trata de um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos potenciais recursos para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem gastos, constituindo, assim, importante ferramenta para viabilizar um processo de planejamento participativo.

Seu objetivo é envolver os diversos segmentos da população na identificação das suas necessidades e problemas.

Para conhecer inicialmente o perfil da população e identificar suas demandas e seus problemas, foram fundamentais os dados coletados na própria USF Rosaneves I e na Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves, assim como os dados coletados durante a rotina de atendimentos, as reuniões de equipe e também nas conversas cotidianas.

Em um segundo momento, realizou-se a revisão de literatura nas bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), MEDLINE, Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Ministério da Saúde. Estabeleceram-se como critérios de seleção da amostra os artigos publicados no Brasil, no decênio 2006 a 2019, que tenham texto completo disponível e que estejam em língua portuguesa. Para tal pesquisa,



utilizou-se como palavras-chaves: Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde. Hipertensão, prevenção Primária

Para Ruiz (2008) a pesquisa bibliográfica consiste no exame de um manancial de informações contidas em livros, artigos e documentos com o intuito de analisar e levantar o que já foi produzido sobre determinado assunto. Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e às orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA.; VASCONCELOS; SOUZA, 2017).

Na terceira e última etapa, realizou-se a elaboração da proposta de intervenção, utilizando o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado, de acordo com Campos; Faria; Santos (2010, p. 23-31).

O PES propõe, a partir de seus fundamentos e método, o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo. Possibilita, dessa forma, a incorporação dos pontos de vistas dos vários setores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo (CAMPOS; FARIA; SANTOS; 2010, p. 23-31).

A partir de então, a elaboração da proposta de intervenção foi realizada pelo médico do Programa Mais Médicos, com base nas discussões teóricas e práticas realizadas junto à ESF Rosaneves I, principalmente aquelas referentes ao módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde. Todas as etapas e aspectos da construção foram descritos e estão apresentados no tópico do Plano de Intervenção.

## 5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 4.1 Hipertensão arterial

Nas últimas décadas, houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com aumento de óbitos causados por doenças crônicas degenerativas e causas externas. Neste contexto, as doenças cardiovasculares passaram a ser as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo, incluindo o Brasil e, entre os fatores de risco para doença cardiovascular encontra-se a HAS (GUEDES *et al.*, 2011).

Nesse mesmo contexto, Oliveira et al. (2013) afirma que a HAS é um grave problema de saúde pública, sendo considerado um dos principais fatores de riscos para as doenças cardiovasculares e é responsável por altas taxas de mortalidade. Dallacosta (2010) também ratifica que a HAS é uma das doenças crônicas responsáveis por expressivas taxas de internação, custos elevados com morbimortalidade associada à doenças e comprometimento da qualidade de vida para os portadores.

Segundo o Ministério da Saúde, HAS é quando a pressão que o sangue faz na parede das artérias para se movimentar é muito forte, resultando em um valor igual ou maior que 140//90 mmHg detectado em duas aferições realizadas em momentos distintos (DALLACOSTA, 2010). De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) o conceito de HAS, descrita na VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial é definida como:

Uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associando-se frequentemente a alterações nas funções e/ou estruturas dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

De acordo com a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão o valor estabelecido de PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  em medidas de consultório, nos quais pode-se definir a HAS. Para validar o diagnóstico, as aferições devem ser feitas, em condições ideais, de forma repetida, em pelo menos três ocasiões. Os limites de pressão arteriais considerados normais são arbitrários.

A PA é considerada normal quando a pressão sistólica (máxima) não ultrapassa 130 mmHg e a diastólica (mínima) é inferior a 85 mmHg (BRASIL, 2006).

## 5.2 Classificação Hipertensão arterial

A hipertensão é classificada de acordo com a causa, a gravidade e o tipo. Os dois tipos principais são: hipertensão idiopática, também conhecida como primária ou essencial, que é a mais comum (90 a 95% dos casos) e que possui causa desconhecida, normalmente associado á história familiar e a hipertensão secundária, causada por uma doença renal ou alguma outra causa detectável (transtorno supra-renal, do sistema nervoso simpático, do sistema vascular, dentre outros). (BOUNDY *et al.*, 2004).

No Brasil cerca de 17 milhões do total da população são hipertensos. Deste total 90% de pacientes com HAS tem hipertensão essencial e os 10% restantes tem hipertensão secundária (BRASIL, 2006).

De acordo com VII Diretriz Brasileira de Hipertensão de 2016, os limites de pressão arterial (PA) considerados normais são arbitrários. Entretanto, valores que classificam o comportamento da PA em adultos por meio de medidas casuais ou de consultório estão expressas na figura 1.

**Figura 1. Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.**

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 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 ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.*

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA,2016.

### 5.3 Fatores de risco para hipertensão arterial

Sabe-se que a etiologia da HAS é multifatorial. De acordo com o National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI), os principais fatores de risco para a HAS são: idade, raça, sexo, sobrepeso ou obesidade e hábitos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, tabagismo e consumo excessivo de sal. Outros fatores de risco estão associados à pressão arterial elevada, como a predisposição genética e o estresse (NHLBI, 2015).

#### 5.3.1 Idade

Há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HA, relacionada ao: i) aumento da expectativa de vida da população brasileira, atualmente 74,9 anos; ii) aumento na população de idosos ≥ 60 anos na última década (2000 a 2010), de 6,7% para 10,8%.<sup>19</sup> Meta-análise de estudos realizados no Brasil incluindo 13.978 indivíduos idosos mostrou 68% de prevalência de HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Segundo Vilarta (2007) na maioria das vezes, a pressão alta decorrente de uma herança genética, mas também pode ser desencadeada por hábitos de vida pouco saudáveis como: obesidade, ingestão excessiva de sal, uso de bebidas alcoólicas e inatividade física.

### 5.3.2 Sexo/ raça

Na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, a prevalência de HAS autorreferida foi estatisticamente diferente entre os sexos, sendo maior entre mulheres (24,2%) e pessoas de raça negra/cor preta (24,2%) comparada a adultos pardos (20,0%), mas não nos brancos (22,1%). O estudo ELSA-Brasil mostrou prevalências de 30,3% em brancos, 38,2% em pardos e 49,3% em negros (CHOR et al., 2015).

### 5.3.3 Ingestão de sal

O consumo excessivo de sódio, um dos principais fatores de riscos para HAS, associa-se a eventos cardiovasculares e renais (ZHAO,2011).

No Brasil, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares, obtidos em 55.970 domicílios, mostraram disponibilidade domiciliar de 4,7 g de sódio/pessoa/dia (ajustado para consumo de 2.000 Kcal), excedendo em mais de duas vezes o consumo máximo recomendado (2 g/dia), menor na área urbana da região Sudeste, e maior nos domicílios rurais da região Norte (BRIASOULIS, AGARWAL, MESSERLI, 2012).

## 5.4 Caracterização hipertensão arterial

A HAS contempla três itens importantes na sua caracterização:

- Prevalência: acomete entre 22,3% a 43,9% da população maior de 18 anos (32% em média, pontuando 50% na faixa etária de 60-69 anos e 75% para > 79 anos) e responde por uma parcela significativa das consultas da rede básica;
- Transcendência: É um dos principais fatores de risco associado ao infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e outros agravos, inclusive morte, além de sua forma silenciosa de desenvolvimento;

- Vulnerabilidade: facilmente tratável e controlável no âmbito da Atenção Primária de Saúde- APS, uma vez que 50-80% dos casos se resolvem na rede básica (BRASIL, 2009; COLOMBO, 2011).

Para Giroto (2013) a HAS apresenta prevalência entre 15% e 20% na população adulta e mais de 50% na população idosa. Por acometer uma parcela significativa de indivíduos em plena fase produtiva, ganha especial relevância o fato de que na população hipertensa, apenas 50% têm o diagnóstico e destes, metade recebem tratamento e apenas 25% têm sua pressão adequadamente controlada (GIROTO *et al.*, 2013).

Apesar de ser considerada um grave problema de saúde pública, ainda apresenta baixa taxa de controle no Brasil - 18% a 19,6% (BRASIL, 2010). Por estas características, e falta de controle nos níveis pressóricos, a HAS tem respondido, conforme dados do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil- DATASUS, no período 2008 a 2015, por 302.051 mil internações em adultos, na faixa etária de 20 a 59 anos, no Brasil, com uma média de 37.756/ano e uma taxa 3,5/1000 internações (DATASUS, 2016).

## 5.5 Tratamentos Hipertensão Arterial

É uma doença crônica, mas pode e deve ser controlada para prevenir as complicações. O tratamento contínuo pode melhorar a qualidade de vida do paciente. O seu controle depende de medidas farmacológicas e não farmacológicas.

### 5.5.1 Medidas não farmacológicas

As medidas não farmacológicas são indicadas indiscriminadamente aos hipertensos. Entre essas medidas estão a redução do consumo de álcool, o controle da obesidade, a dieta equilibrada, a prática regular de atividades física e a cessação do tabaco. A adesão a esses hábitos de vida favorece a redução dos níveis pressóricos e contribui para a prevenção de complicações (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Em geral, as medidas não farmacológicas são experimentadas em primeiro lugar, especialmente nos casos brandos recém-diagnosticados. Se essas medidas forem ineficazes, o tratamento evolui de maneira progressiva para incluir vários tipos de agentes anti-hipertensivos (BOUNDY et al., 2004).

As medidas não medicamentosas, como mudanças do estilo de vida e prática de hábitos de vida saudáveis são certamente recomendadas, pois além de reduzir a Pressão Arterial- PA e, conseqüentemente, a mortalidade por doença cardiovascular, possibilitam a prevenção primária e a detecção precoce, que devem ser as metas principais dos profissionais de saúde, já que são as formas mais efetivas de evitar a doença (NOBRE *et al.*, 2010). As ações de prevenção devem estimular mudanças no comportamento e no estilo de vida, reduzindo a exposição tanto de individual quanto coletiva aos fatores de riscos (NOBRE *et al.*, 2010).

Quando a doença é diagnosticada o paciente deve ter alguns cuidados como: hábitos de vida saudáveis, praticar atividade física regularmente, evitar tabagismo, diminuir o consumo de sal, açúcares e farinhas; evitar a obesidade e mesmo o sobrepeso; controlar os estresses e consultar regularmente (VILARTA, 2007).

O tratamento da HAS visa a prevenção primária de doenças cardiovasculares e eventuais lesões em órgãos alvos e não o controle de sintomas, uma vez que estes estão intimamente ligados aos níveis de PA. A redução da PA é o principal fator que promove a prevenção de eventos cardiovasculares. (FUCHS, 2002).

#### 5.5.2 Tratamento medicamentoso

Os fármacos anti-hipertensivos devem atuar na redução da PA, bem como nos eventos cardiovasculares fatais e não fatais (FUCHS, 2002).

Ao instituir um tratamento medicamentoso é importante ressaltar a possibilidade de efeitos adversos. Deve-se avaliar a necessidade de, eventualmente, modificar

a terapêutica instituída, bem como, o tempo necessário para que o efeito pleno dos medicamentos seja obtido, pelo menos quatro semanas. A orientação é outro ponto fundamental ao tratamento, visando integrar os pacientes à necessidade do acompanhamento, ao uso da medicação anti-hipertensiva e às medidas afins que visam, não apenas a redução da PA, mas evitar riscos cardiovasculares potenciais (BRASIL, 2006).

Para o tratamento da HAS é possível se utilizar qualquer medicamento do grupo de anti-hipertensivos desde que resguardadas as indicações e contraindicações específicas. Uma escolha ajustada às reais necessidades e ao estado dos pacientes, bem como as comorbidades associadas e às peculiaridades de cada medicamento, são importantes para um melhor e mais eficiente tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

#### 5.6 Atuação da ESF no controle pressórico dos pacientes hipertensos

Constata-se que a ESF, em sua atuação na promoção da saúde e prevenção de enfermidades, por meio de programas específicos, mostra-se essencial e significativamente importante no controle a longo prazo da saúde dos pacientes hipertensos. Destaca-se que operacionalizar e fazer a ESF ser efetiva como eixo organizador do sistema de saúde é um desafio para todos, gestores e profissionais. É preciso gerir o sistema e colocar o usuário como centro do processo de saúde (MATUMOTO et al., 2012).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, organizado pelo Ministério da Saúde, em 2006, dedicado à hipertensão arterial sistêmica, os profissionais de saúde têm importância primordial nas estratégias de controle dessa enfermidade, tanto na definição do diagnóstico clínico quanto na conduta terapêutica e também nos esforços requeridos para informar e educar o portador de hipertensão arterial.

É necessário também ter-se em mente que, umas das batalhas mais árduas que os profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso, é a de mantê-lo motivado a não abandonar o tratamento (BRASIL, 2010).



Para se conseguir alcançar o controle dos níveis pressóricos de pacientes hipertensos é necessário um maior empenho por parte dos profissionais da atenção primária, sob a forma de trabalho em equipe, por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, utilizando tecnologias de alta complexidade e baixa densidade (BRASIL, 2004).

É de fundamental importância a abordagem multiprofissional no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. A equipe multiprofissional pode ser construída por todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogo, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos, educadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde. Como a HAS é uma síndrome clínica multifatorial, contar com a contribuição da equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é procedimento desejável sempre que possível (BRASIL,2010).

Estratégias vêm sendo utilizadas para otimizar o atendimento e acompanhamento de pacientes hipertensos na APS. No cenário mundial o uso de protocolos para o acompanhamento e controle da HAS tem sido adotado com destaque (STEWART et al., 2014).

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Essa proposta refere-se ao alto índice de pacientes HAS descompensados cadastrados na U.B.S RosaNeves I, 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 PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

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

As doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a HAS, são causas de morte muito frequente na população por não serem consideradas as complicações que podem decorrer do não acompanhamento adequado. Ditas doenças respondem por um terço de todas as mortes no mundo, devido ao envelhecimento da população e à propagação de fatores de risco associados à globalização e à urbanização (BRASIL, 2006).

Com um controle dos fatores de risco que afetam à população e principalmente os pacientes sob riscos de HAS, tais como: obesidade, sedentarismo, tabagismo, uso excessivo de álcool e café, hábitos alimentares inadequados, pode-se ter melhores resultados e controlar a doença. Por outro lado existem pacientes que ainda não sabem que sofrem de HAS e outras enfermidades e acham que estão bem, com ou sem sintomas e continuam com mau hábitos de vida o que poderá trazer consequências graves (BRASIL, 2006).

Dentre os problemas de saúde encontrados no território o que foi considerado de maior relevância e urgência para a equipe de saúde RosaNeves I foi o elevado número de usuários hipertensos descontrolados. A equipe percebeu a alta incidência da doença na rotina do serviço e durante os atendimentos médicos, além do número ser significativo nos registros da equipe. Além disso, a rotina dos profissionais da equipe é alterada em decorrência de significativa demanda espontânea, pois, parte significativa dos atendimentos prestados, está relacionada

ao descontrole pressórico (crises hipertensivas, sintomas das síndromes coronarianas).

Durante as consultas de enfermagem, consultas médicas e aferição das pressões arteriais realizada pelo técnico de enfermagem, os profissionais da equipe perceberam a irregularidade do cumprimento da dieta, interrupção do uso dos anti-hipertensivos decorrente da ausência da distribuição via SUS ou por pouca informação sobre a doença e riscos associados. Além disso, percebe-se a falta de atividades de prevenção para melhorar a qualidade de vida, como a modificação da dieta, estilo de vida, sedentarismo além da interrupção do medicamento.

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

Em reunião entre os profissionais da equipe RosaNeves I e pela observação da análise situacional da nossa área de abrangência, foi possível conhecer e em seguida priorizar os problemas de saúde relacionados ao nosso território. Assim observou-se a relevância, a capacidade de enfrentamento do problema e a governabilidade da equipe sobre o problema escolhido para intensificar o cuidado que foi a alta prevalência de pacientes hipertensos residentes no território sob responsabilidade da equipe RosaNeves I, principalmente porque embora devidamente diagnosticados e com os medicamentos prescritos, frequentemente retornam à demanda da equipe em busca de nova consulta médica.

Assim, pela falta de ações educativas promovidas por meio de grupos operativos que poderiam auxiliar na menor incidência deste problema, esta proposta procura resolver esta dificuldade; levando maior conhecimento em relação à doença pelo usuário, criar o espaço HIPERDIA para disseminar a importância da modificação dos hábitos alimentares; uso regular da medicação anti-hipertensiva, sedentarismo; bem como capacitando a equipe para lidar com o problema e prestar melhor serviço em saúde para esta população. A equipe pretende trabalhar em cima das atividades não farmacológicas na construção do plano de ação na tentativa de enfrentar o problema e melhorar o cuidado recrutando ações preventivas apoiando-se na equipe multidisciplinar.

A ausência de estratificação dos riscos clínicos para HAS pela unidade de saúde, bem como a ausência de uma agenda fixa de educação continuada com o grupo de hipertensos e o desconhecimento dos pacientes hipertensos sobre a doença, tudo associado aos fatores de risco modificáveis para HAS tais como dieta rica em gorduras saturadas e açúcares, sedentarismo, ingestão de bebidas alcoólicas, abandono das práticas saudáveis de controle de HAS e tabagismo, acarreta uma descompensação da doença e complicações posteriores.

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

Os principais nós críticos que impedem o controle da doença são descritos em seguida.

- Conhecimento insuficiente sobre HAS pelos enfermos.
- Falta de hábitos alimentares corretos e sedentarismo.
- Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema.
- Falta de atividades educativas sobre a HAS falta de inserção na agenda da equipe para atividades educativas; falta de incentivo para atividades de promoção à saúde e prevenção dos agravos.

### **6.4 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)**

Após a explicação e identificação das causas consideradas mais importantes, é necessário elaborar soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, estruturando um plano de intervenção. Devem ser descritas as operações para o enfrentamento dos “nós críticos” e identificados os produtos e resultados para cada operação definida e os recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS, FARIA, SANTO, 2017).

**Quadro 4. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alto índice de pacientes HAS descompensados cadastrados na U.B.S RosaNeves I”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, do município Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 1</b>	Conhecimento insuficiente sobre Hipertensão Arterial Sistêmica pelos enfermos
<b>6º passo: operação</b> (operações)	Aumentar o nível de informação da população sobre o que é a doença, suas complicações e prognóstico; bem como a importância da adesão à terapia medicamentosa anti-hipertensiva.
<b>6º passo: projeto</b>	<b>Hiper ligado</b>
<b>6º passo: resultados esperados</b>	População mais informada sobre a doença hipertensão arterial (fatores de risco, prevenção, complicações e adesão à terapia medicamentosa).  ESF mais capacitada para lidar com o problema.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Grupo educativo/operativo periódico desenvolvido por equipe multidisciplinar (NASF e ESF) enfoca os assuntos sobre HAS.  Campanha educativa na prefeitura de Ribeirão das Neves;  Panfletos educativos;  Ação comunitária.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	<b>Cognitivo:</b> Informação sobre a HAS a ser apresentado nos grupos e nas capacitações;  Elaboração do projeto;  Estratégia pedagógica e de comunicação.  <b>Político:</b> Articulação intersetorial;  Adesão dos profissionais;  Mobilização social  <b>Financeiro:</b> Recursos audiovisuais; folhetos educativos.  <b>Organizacional:</b> Organização das agendas dos profissionais (espaço reservado para ações educativas).
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	<b>Financeiro:</b> Recursos audiovisuais; folhetos educativos.  <b>Político:</b> Articulação intersetorial; mobilização social; adesão dos profissionais.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	<b>Ator que controla:</b> Profissionais da saúde <b>Motivação:</b> Favorável <b>Ator que controla:</b> Usuários da área de abrangência/ sociais líderes; membros da coordenação APS; diretores das escolas da área de abrangência. <b>Motivação:</b> Indiferente  <b>Ações estratégicas:</b> Apresentar o projeto da E.S. F Rosaneves I; Apresentar o projeto á comunidade, repassando em reuniões comunitárias e associações do bairro.
<b>9º passo; acompanhamento</b>	<b>Responsáveis pelo acompanhamento:</b> Enfermeira, Agentes

<b>do plano - responsáveis e prazos</b>	comunitários em saúde, médica do Programa mais Médico, profissionais dos NASF (educador físico, nutricionista).  <b>Prazo:</b> Início: Agosto Término: indeterminado
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	As ações serão avaliadas por toda a E.S.F Rosaneves I por meio de discussões nas reuniões de equipe determinadas ao monitoramento das ações propostas. Nas quais, através de votação serão estabelecido novo prazo e as correções consideradas necessárias. Além disso, pode ser aplicado uns questionários aos usuários participantes dessa operação no intuito de avaliar se objetivo foi alcançado. E por último, uma outra forma de avaliar se resultado esperado foi alcançado seria através do melhor controle pressórico dos pacientes HAS da U.B.S Rosaneves I.

Fonte: Elaboração do autor

**Quadro 5. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alto índice de pacientes HAS descompensados cadastrados na U.B.S Rosaneves I”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rosaneves I, do município Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 2</b>	Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema
<b>6º passo: operação (operações)</b>	Implantar a linha de cuidado para pacientes portadores de HAS, incluindo mecanismos de referência e contra referência; planilha com identificação destes pacientes, controle do comparecimento nas consultas médicas e nos grupos operativos; registro dos pacientes que tiveram intercorrências decorrente ao descontrole pressórico.
<b>6º passo: projeto</b>	<b>Meu paciente</b>
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Cobertura de 100% da população com hipertensão arterial com garantia de atendimento e acompanhamento.  Capacitação da equipe para lidar com os hipertensos com incentivo à formação do vínculo e comunicação ideal entre a equipe e o usuário;  Satisfação dos usuários;  Assistência adequada e padronizada para os usuários cadastrados no programa Hiper-Dia;  Alcance das metas preconizadas para o bom controle clínico dos pacientes hipertensos;  Recursos melhores aproveitados.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Linha de cuidado implantada para os usuários portadores de hipertensão arterial na área de abrangência da ESF Rosaneves I;  Recursos humanos capacitados;

	<p>Gestão da linha de cuidado implantada;</p> <p>Implantação de fluxograma e protocolos relacionados ao tema;</p> <p>Pactuar a agenda diária com as capacitações.</p> <p>Equipe que se coloca no lugar do outro, conhece os problemas do paciente e o conduz a melhorar suas atitudes frente à doença.</p>
<b>6º passo: recursos necessários</b>	<p><b>Cognitivo:</b> Elaboração do projeto linha de cuidado</p> <p><b>Político:</b> Articulação intersetorial;; Participação dos diversos profissionais</p> <p><b>Financeiro:</b> Aumentar a oferta de exames, consultas especializadas e medicamentos dispensados.</p> <p>Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p> <p><b>Organizacional:</b> Recrutar os profissionais para as atividades</p>
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	<p><b>Financeiro:</b> Aumentar a oferta de exames, consultas especializadas, vagas de hospitalização e medicamentos dispensados.</p> <p>Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p> <p><b>Político:</b> Articulação intersetorial;</p> <p><b>Organizacional:</b> Adequação de fluxos (referências e contra referências).</p> <p><b>Cognitivo:</b> Elaboração do projeto meu paciente (linha de cuidado dos hipertensos).</p>
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	<p><b>Ator que controla:</b> Secretaria Municipal de saúde de Ribeirão das Neves <b>Motivação:</b> Favorável.</p> <p><b>Ator que controla:</b> E.S. F do Rosaneves I e o NASF. <b>Motivação:</b> Favorável.</p> <p><b>Ações estratégicas:</b> Apresentar aos gestores a necessidade de contratação para implementação dos protocolos de Hipertensão Arterial a lista de recursos necessários ao seguimento dos mesmos.</p> <p>Apresentar o projeto à coordenação de APS e justificar a necessidade de capacitação dos profissionais.</p> <p>Reforçar com a Secretaria de Saúde a importância de todos os setores realizarem a referência e contrarreferência.</p> <p>Criar e analisar planilha de cadastros e acompanhamento dos pacientes hipertensos.</p>
<b>9º passo; acompanhamento</b>	<p><b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações:</b> Médica do PMMB; Enfermeira da ESF Rosa Neves I</p>

<b>do plano - responsáveis e prazos</b>	<b>Prazos:</b> Início: Agosto
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	As ações serão avaliadas por toda a E.S.F Rosaneves I por meio de discussões nas reuniões de equipe determinadas ao monitoramento das ações propostas. Nas quais, através de votação serão estabelecido novo prazo e as correções consideradas necessárias. Além disso, pode ser aplicado uns questionários aos usuários participantes dessa operação no intuito de avaliar se objetivo foi alcançado. E por último, uma outra forma de avaliar se resultado esperado foi alcançado seria através do melhor controle pressórico dos pacientes HAS da U.B.S Rosaneves I.

Fonte: Elaboração do autor

**Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alto índice de pacientes HAS descompensados cadastrados na U.B.S Rosaneves I”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rosaneves I, do município Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 3</b>	Falta de hábitos alimentares corretos e sedentarismo;
<b>6º passo: operação (operações)</b>	Modificar hábitos e estilos de vida
<b>6º passo: projeto</b>	<b>Vivendo melhor</b>
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Diminuir o número de sedentários, tabagistas e obesos no prazo de 01 ano
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Grupo de caminhada orientada; e práticas em academia da cidade.  Campanha educativa na rádio local; Programa “Comida de verdade/ comendo bem”.  Estimular a comunidade a produzir verduras- Horta em casa.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	<b>Político:</b> conseguir espaço na rádio local;  <b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	<b>Político:</b> conseguir espaço na rádio local;  <b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	<b>Ator que controla:</b> ACS da Unidade Básica de Saúde Rosa Neves I; <b>Motivação:</b> Favorável.  <b>Ator que controla:</b> Coordenação da Atenção Primária de



	<p>Saúde (APS). <b>Motivação:</b> Indiferente.</p> <p><b>Ações estratégicas:</b> Apresentar aos gestores a necessidade de contratação para implementação dos protocolos de Hipertensão Arterial a lista de recursos necessários ao seguimento dos mesmos.</p> <p>Apresentar o projeto á coordenação de APS e justificar a necessidade de capacitação dos profissionais.</p>
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	<p><b>Responsáveis pelo acompanhamento:</b> Toda ESF Rosaneves I; NASF.</p> <p><b>Prazo:</b> Início- Setembro</p>
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	<p>As ações serão avaliadas por toda a E.S.F Rosaneves I por meio de discussões nas reuniões de equipe determinadas ao monitoramento das ações propostas. Nas quais, através de votação serão estabelecido novo prazo e as correções consideradas necessárias. A avaliação da redução do número de tabagista, sedentarismo e obesos pode se dar através de questionários e avaliação física realizada pela E.S.F. Rosaneves (mais especificadamente pelo nutricionista, educador físico, enfermeiro, técnico de enfermagem e o médico).</p>

**Fonte:** Elaboração do autor

**Quadro 7 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Alto índice de pacientes HAS descompensados cadastrados na U.B.S Rosaneves I”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rosaneves I, do município Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 4</b>	Falta de atividades educativas sobre a Hipertensão Arterial- falta de inserção na agenda da equipe para atividades educativas- falta de incentivo para atividades de promoção a saúde e prevenção dos agravos.
<b>6º passo: operação (operações)</b>	Reserva de vaga nas agendas dos profissionais para as atividades educativas com pacientes hipertensos.
<b>6º passo: projeto</b>	<b>Dia do Hipertenso</b>
<b>6º passo: resultados esperados</b>	<p>Implantação do grupo operativo do Hipertenso.</p> <p>Horários reservados nas agendas dos profissionais para as atividades educativas de promoção e prevenção.</p> <p>Implantação do grupo de caminhada;</p> <p>Incentivo a plantação da horta em casa;</p>

	Incentivo a prática as atividades na academia da cidade
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Grupo educativo/operativo periódico desenvolvido por equipe multidisciplinar (NASF e ESF);  Campanhas educativas abordando fatores de prevenção da HAS;  Conscientização e envolvimento de todos os profissionais e usuários.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	<b>Organizacional:</b> Organização das agendas dos profissionais (espaço reservado para ações educativas).  <b>Político:</b> Adesão dos profissionais.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	<b>Político:</b> Articulação intersetorial; Adesão dos profissionais; mobilização social.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	<b>Ator que controla:</b> E. S. F Rosaneves I (mais especificadamente o enfermeiro, ACS, médica, técnica de enfermagem). <b>Motivação:</b> Favorável.  <b>Ações estratégicas:</b> Reforçar a importância das atividades coletivas nas reuniões da equipe,  Determinar dias específicos para tais atividades envolvendo os profissionais da unidade.  Apresentar o projeto para a ESF e para equipe de apoio do NASF.
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	<b>Responsáveis pelo acompanhamento:</b> Enfermeira; Agentes comunitários; Educador físico NASF e a nutricionista do NASF.  <b>Prazo:</b> Início: Setembro
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	As ações serão avaliadas por toda a E.S.F Rosaneves I por meio de discussões nas reuniões de equipe determinadas ao monitoramento das ações propostas. Nas quais, através de votação serão estabelecido novo prazo e as correções consideradas necessárias. Nas reuniões de equipe analisar a frequência/periodicidade do grupo operativo; sua efetividade e participação. Além de verificar o cumprimento dos horários reservados nas agendas dos profissionais para as atividades educativas de promoção e prevenção.

**Fonte:** Elaboração do autor

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A HAS vem se destacando como uma enfermidade importante nos dias atuais e se tornando um grande problema de saúde pública. Como relatado durante todo o trabalho, esta doença está cada vez mais presente na população adulta. Explorar esse estudo é de fundamental importância na qualidade de vida dos hipertensos.

O Programa Mais Médico e o Curso de Especialização de Gestão do Cuidado em Saúde da Família trouxeram inquestionável aprimoramento de toda ESF Rosaneves I, na medida que fomentaram um produtivo contexto de reflexões críticas sobre o processo de trabalho, sobre a qualidade da assistência e da atenção prestada aos usuários da UBS, tudo isso imerso em uma vivência de prática cotidiana em uma ESF marcada por uma rotina de grandes desafios.

A pós-graduação em Gestão do Cuidado em Saúde da Família nos permitiu reafirmar a necessidade de mudança de paradigma assistencial para que as ações em saúde possam ser verdadeiramente preventivas. A perspectiva deste trabalho é de permitir a operacionalização de um acompanhamento aos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica da ESF Rosaneves I. O intenso trabalho em equipe, com envolvimento de todos com afinco no diagnóstico situacional e nas reflexões sobre as mudanças propostas explicitou a importância de conhecer a própria realidade para usá-la como uma aliada.

O plano de intervenção se mostra uma ferramenta extremamente útil para auxiliar a equipe de saúde a lidar com os problemas do dia a dia da unidade. Por meio dele, levam-se em conta todas as vulneráveis conhecidas do problema, o que por si só, já facilita sua resolução. Com a proposta de intervenção, todos os integrantes da ESF perceberam a magnitude e a importância do problema que priorizamos: alta prevalência de pacientes hipertensos na área de abrangência da ESF Rosaneves I. O empenho de toda a ESF para mudar a rotina já estabelecida e aderir às novas mudanças foi surpreendente. Há perceptivelmente uma maior preocupação por parte dos profissionais com a criação e manutenção de vínculo com os pacientes. Temos também a expectativa de que a população da área de abrangência tenha uma assistência sistematizada pela equipe local e que

possamos alcançar as mudanças sucessivas nos hábitos de vida da população acometida por hipertensão arterial sistêmica.

## REFERÊNCIAS

BOUNDY, Janice et al. **Enfermagem médico- cirúrgico**. 3.ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS. **Acompanhamento e avaliação da atenção primária**. Brasília: CONASS Documenta; 2004. Disponível em: [https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd\\_19.pdf](https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_19.pdf). Acessado em: 13 de Maio de 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Conheça cidades e os estados do Brasil**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 13 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica- Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, N°15. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica15.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf). Acesso em: 14 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica- Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica- Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, N°37. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf). Acessado em: 13 de Maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. DataSUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acessado em: 13 de Maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica**. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica15.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf).

Acessado em: 13 de Maio de 2019.

BRASIL. Secretaria de Estado de Defesa Social. SEDS. 2013. Disponível: <<http://www.desenvolvimentosocial.mg.gov.br>. Acessado em 13 de Maio de 2019.

BRIASOULIS A., AGARWAL V., MESSERLI F.H.. Alcohol consumption and risk of hypertension in men and women: a systematic review and meta-analysis. **J Clin Hypertens.** 2012;14(11), p.792-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23126352>. Acesso em: 14 de abril de 2020.

CHOR D.; RIBEIRO A.L.; CARVALHO M.S.; DUNCAN B.B.; LOTUFO P.A.; NOBRE A.A., et al. **Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil Study.** PLOS One. 2015;10(6):e0127382. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4478044/>. Acesso em: 14 de Abril de 2020.

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: 13 de junho de 2019.

DALLACOSTA, F. M.; DALLACOSTA, H. NUNES; A. D.. Perfil de Hipertensos Cadastrados no Programa Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde. **Unoesc & Ciênciq - ACBS**, v. 1, n. 1, p. 45-52,2010. Disponível em:[http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/viewFile/125/pdf\\_3](http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/viewFile/125/pdf_3)>. Acesso:12 fev., 2020.

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO\\_AVALIACAO\\_PROGRAMACAO\\_Versao\\_Final.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIACAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf). Acesso em: 13 maio 2019.

FUSCHS, F. D. Tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica: considerações para a prática clínica. **Rev. Bras. Hipertens**, n. 9, p.54-58, 2002. Disponível em : <http://departamentos.cardio.br/dha/revista/9-1/011.pdf>. Acesso em: 12fev.2020.

GUEDES, M. V. C. et al. Barreiras ao tratamento da hipertensão. **Revista Brasileira de Enfermagem-REBEN**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1038-1042. 2011. Disponível em: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/5836/1/Fatores\\_risco\\_hipertensao\\_essencial.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/5836/1/Fatores_risco_hipertensao_essencial.pdf). Acesso em 12 fev.2020.

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. **Ciências e Saúde coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-676399>. Acesso em 12 fev.2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Produto Interno Bruto dos Municípios 2015**. Brasil, 2015. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov/painel/historico.php?lang=&codmun=315460&search=minas-gerais/ribeirao-das-neves/infograficos:-historico>. Acessado em 05 de maio de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@**. ..... Brasília, [online], 2016. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>. Acesso em: 13 de junho de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2018**. Brasil, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101609.pdf>. Acessado em: 13 de maio de 2019.

NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE. **Risk factors for high blood pressure**. 2015. Disponível em: <http://www.nhlbi.-nih.gov/health/health-topics/topics/hbp/atrisk>. Acessado em: 12 fev. 2020.

MATUMOTO, S et al. Produção de atendimentos de enfermeiros em unidades da rede básica de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2012; 20(4), p.710-717.

NOBRE, F. et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v. 17, n. 1, p. 57-63 2010.

OLIVEIRA, T. L. et al.. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 2, p.179-184, 2013.

PAOLA, A. A. V., BARBOSA, M. M., GUIMARÃES, J. I. Hipertensão arterial na mulher. **Cardiologia: livro texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. São Paulo: Manole; 2011, p.628-30.

Prefeitura Municipal de Ribeirão das Neves. Estado de Minas Gerais. Autor histórico, Gladston Policarpo, Ribeirão das Neves, 2015. Disponível: <https://www.cidade-brasil.com.br/municipio-ribeirao-das-neves.html>. Acesso em 13 de maio de 2019.

RIBEIRAO DAS NEVES. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de informação da Atenção Básica, SIAB. 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABFbr.def>. Acesso em 13 de maio de 2019.

ROESE A. et al. Perfil de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus a partir de bases de dados nacionais em municípios de pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. APS**, 2011; p.75-84 .

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. SIAB. 2014. **Banco de dados**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>. Acesso em 13 de maio de 2019.



SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol**, v.95 (suplemento 1), p.1-51, 2010. Disponível em:

<[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)

>. Acesso em:12 fev.2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Hipertensão Arterial. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira Hipertensão**, v. 89, n. 3, p. 1-104, 2016. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf). Acessado em: 8 de abril de 2019.

STEWART, S. et al.; Study Investigators. More rigorous protocol adherence to intensive structured management improves blood pressure. **J Hypertens** 2014; 32(6):1342-1350.

VILARTA, R. **Alimentação Saudável, Atividade Física e Qualidade de vida**. IPES. Editorial Campinas, 2007. Disponível em: [https://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/alimen\\_saudavel\\_completo.pdf](https://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/alimen_saudavel_completo.pdf). Acesso em: 14 de abril de 2020.

ZHAO D.; QI Y.; ZHENG Z.; WANG Y.; ZHANG X.Y.; LI H.J.; et al. Dietary factors associated with hypertension. **Nat Rev Cardiol**. 2011;8(8):456-65. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21727918>. Acesso em: 14 de abril de 2020.