

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Leandro de Souza Neiva

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENIR OS
FATORES DE RISCO NA POPULAÇÃO DA ESTRATEGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA VIII, MUNICÍPIO DE BURITIS, MINAS GERAIS**

Unai – Minas Gerais
2020

Leandro de Souza Neiva

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENIR OS
FATORES DE RISCO NA POPULAÇÃO DA ESTRATEGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA VIII, MUNICÍPIO DE BURITIS, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Gazzinelli

Unai – Minas Gerais

2020

Leandro de Souza Neiva

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENIR OS
FATORES DE RISCO NA POPULAÇÃO DA ESTRATEGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA VIII, MUNICÍPIO DE BURITIS, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Gazzinelli

Banca examinadora

Professora Dra. Andréa Gazzinelli – Orientadora - UFMG

Professora Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 28 de setembro de 2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade da vida e chegar até onde estou.

À minha orientadora, Dra. Andréa Gazzinelli pelos ensinamentos, à minha tutora e equipe do ESF por sempre estarem a disposição para ajudar, além de toda a minha família pelo apoio.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é um problema grave da saúde pública no Brasil e no mundo, com alta morbimortalidade e perda importante da qualidade de vida. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. O controle da hipertensão é uma das áreas estratégicas mais importantes da atenção básica e consiste em estimular a adesão aos medicamentos e evitar os fatores de risco. Na Estratégia Saúde da Família VIII, município de Buritis, Minas Gerais é grande o número de pacientes hipertensos com dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. O objetivo deste trabalho foi, portanto, elaborar um projeto de intervenção para redução dos fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica, com vistas a melhoria do cuidado aos pacientes hipertensos na população da área de abrangência da referida Estratégia Saúde da Família. Inicialmente foi realizada a revisão bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, do Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica, no *Scientific Electronic Library Online* e na Biblioteca Regional de Medicina, além de sites do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Foram identificados três nós críticos que interferem na solução do problema: alto índice de baixa escolaridade dos moradores, dificuldade da população para mudança de estilo de vida e baixo índice de informação sobre hipertensão e seus fatores de risco, tanto da população quanto da equipe de saúde. Com base nos nós críticos, foi proposto o plano de ação de acordo com o método do Planejamento Estratégico Situacional. Foram incluídas as operações e as possíveis soluções, os resultados esperados, produtos e recursos necessários para o desenvolvimento do projeto com a finalidade de reduzir os fatores de risco modificáveis. Espera-se que as ações propostas levem a uma maior conscientização da comunidade sobre os riscos associados a hipertensão o que certamente irá impactar na prevenção e controle da doença.

Palavras-chave: Hipertensão. Fatores de risco. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is a serious public health problem in Brazil and worldwide, with high morbidity and mortality and significant loss of quality of life. It is one of the most important risk factors for the development of cardiovascular, cerebrovascular and renal diseases. The control of hypertension is one of the most important strategic areas of primary care and is based on encouraging adherence to medications and avoiding risk factors. In the Family Health Strategy VIII, municipality of Buritis, Minas Gerais, there is a large number of hypertensive patients with difficulty in adhering to drug and non-drug treatment. The objective of this work was, therefore, to elaborate an intervention project to reduce the risk factors for systemic arterial hypertension, to improving care for hypertensive patients in the population of the area covered by the referred Family Health Strategy. Initially, a bibliographic review was carried out in the databases of the Virtual Health Library, the Online Medical Literature Search and Analysis System, the Scientific Electronic Library Online and the Regional Library of Medicine, in addition to the websites of the Ministry of Health and the Brazilian Institute of Geography and Statistics. Three critical nodes were identified that interfere in the solution of the problem: high level of low schooling of the residents, difficulty of the population to change their lifestyle and low level of information about hypertension and its risk factors, both of the population and the health team. Based on the critical nodes, an action plan was proposed according to the Situational Strategic Planning method. The operations and possible solutions, the expected results, products and resources necessary for the development of the project were included in order to reduce the modifiable risk factors. It is hoped that the proposed actions will lead to greater community awareness of the risks associated with hypertension, which will certainly impact the prevention and control of the disease.

Key-words: Hypertension. Risk factors. Family Health Strategy. Primary Care. Health Education

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde, Unidade Básica de Saúde PSF VIII, município de Buritis	14
Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o nó crítico 1 relacionado ao problema “Fatores de risco para hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 8, município Buritis	27
Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre “Resistência da população em relação a mudança de estilo de vida” relacionado ao problema “Fatores de risco para hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família (8), do município Buritis.....	28
Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre “Baixo índice de informação sobre HAS e seus fatores de risco, tanto da população quanto da equipe de assistência” relacionado ao problema “Fatores de risco para hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família (8), do município Buritis.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes comunitários de saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMC	Índice de Massa Corpórea
MEDLINE	Análise de Literatura Médica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Aspectos gerais do Município.....	10
1.2 O Sistema Municipal de Saúde.....	10
1.3 Aspectos da comunidade.....	11
1.4 A Unidade Básica de Saúde VIII rural.....	11
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde VIII.....	12
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe VIII.....	13
1.7 O dia a dia da Equipe VIII.....	13
1.8 Estimativas rápidas: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	13
1.9 Priorizações dos problemas - a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....	14
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo geral.....	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
4 METODOLOGIA.....	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	19
5.1 Estratégia Saúde da Família.....	19
5.2 Hipertensão Arterial: definição e epidemiologia.....	19
5.3 Fatores de risco da hipertensão arterial.....	20
5.3.1 Excesso de peso e obesidade.....	20
5.3.2 Consumo excessivo de sódio.....	21
5.3.3 Sedentarismo.....	22
5.3.4 Tabagismo.....	23
5.3.5 Consumo excessivo de bebidas alcoólicas.....	24
5.4 Fatores de risco da hipertensão arterial não modificáveis.....	25
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	26
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	26
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo).....	26
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do Município

O município de Buritis está localizado na região noroeste do estado de Minas Gerais, na divisa com Goiás, a 535 km da capital Belo Horizonte, 213 km de Brasília e 97 km de Unaí, a maior cidade mineira dos arredores. Possui uma população estimada, em 2019 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 24.841 pessoas. O município se estende por uma área de 5.225,2 km², possui uma densidade demográfica de 4,35 habitantes por km² e um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,672, considerado médio (IBGE, 2010).

A região de Chapadões do Paracatu, onde está localizado o município, foi habitada por indígenas e desbravada pelos bandeirantes no século XVIII em busca de ouro. O arraial chamado à época de Sítio de Buritis começou a ser formado em 1739. Este local era passagem para aqueles que queriam chegar ao rico sertão goiano e cresceu rapidamente. O fato das terras da região serem propícias para agropecuária fez com que vários colonos se fixassem no local criando um povoado que, em 1815, passou a distrito do município de Paracatu e foi elevada a categoria de município em 1962 (IBGE, 2010).

A economia da cidade é baseada principalmente na agricultura e gado de corte e de leite e é considerada a quarta produtora de grãos do estado de Minas Gerais, em razão do solo extremamente fértil da região.

Além do distrito sede de Buritis, o município ainda possui os distritos de São Pedro do Passa Três e Serra Bonita. Além dos distritos, existem sete comunidades denominadas Vila Cordeiro, Vila Rosa, Vila Maravilha, Vila São Vicente, Coopago, Vila Serrana e Vila Palmeira, além de núcleos de pequenos e médios produtores rurais e de colonização, relacionados à reforma agrária. A sede do município se divide em onze bairros, sendo eles: Centro, Canaã, Veredas, Taboquinha, São João, Israel Pinheiro, Jardim, Planalto, Ipê, Ipê 2 e Residencial Extrema.

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

O município de Buritis concentra suas atividades principalmente na atenção primária, sendo algumas relacionadas à atenção especializada realizadas no local e outras, além de urgência e emergência e atenção hospitalar realizadas em municípios próximos através de convênios.

- ATENÇÃO PRIMÁRIA: possui oito equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo dois rurais, que representa 100% de cobertura;
- ATENÇÃO ESPECIALIZADA: possui algumas especialidades disponibilizadas pelo município (pediatria, neurologia, cardiologia, ortopedia, psiquiatria, ginecologia e obstetrícia, entre outras) e outras disponibilizadas através de convênios com municípios vizinhos;
- ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: Pronto Socorro com seis leitos para pacientes em observação; dois ventiladores mecânicos; radiografia digital; eletrocardiograma
- ATENÇÃO HOSPITALAR: possui convênio com rede privada e municípios vizinhos (Unaí, Distrito Federal, Paracatu, Patos de Minas).
- Farmácia Municipal
- Centros- de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Laboratório

1.3 Aspectos da comunidade

A área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) VIII é referente a nove localidades rurais diferentes: Barriguda I e II, Vila Serrana, Gado Bravo, Pernambuco I e II, Riacho Morto, Banco da Terra, Coopago. Essas comunidades estão distantes 30 a 86 km da sede. A população residente nas comunidades divide-se em moradores de assentamento de reforma agrária e antigos moradores da região. Vivem de prestar serviços a terceiros ou da agropecuária de subsistência. O índice de analfabetismo é alto e há predominância de indivíduos com idade superior a 55 anos. O acesso geralmente é bem difícil pelas más condições das estradas rurais não pavimentadas. Alguns chegam a deslocar até 20 km de distância para serem atendidos pela equipe. A maior parte das casas dessas comunidades não possui saneamento básico.

1.4 A Unidade Básica de Saúde VIII rural

O atendimento prestado ocorre em oito pontos de apoio em diferentes localidades da região rural do município, totalizando 2.029 indivíduos cadastrados.

1. Barriguda I: Distante 35 km da zona urbana. O atendimento é feito em um centro comunitário que possui apenas sala para atendimento médico.

2. Barriguda 2: Distante 45 km da zona urbana. O atendimento é feito em uma casa alugada que possui apenas sala para triagem e sala para atendimento médico. Os pacientes precisam aguardar o atendimento na varanda, sentados na mureta.
3. Vila Serrana: Distante 30 km da zona urbana. O atendimento é feito no Ponto de Apoio, que possui sala de triagem, sala de espera, consultório médico e consultório de enfermagem.
4. Gado Bravo: Localizado a 86 km da zona urbana. O atendimento é feito no Ponto de Apoio composto por sala de triagem e consultório médico. Não há banheiro e os pacientes aguardam do lado de fora, em um barracão em condições precárias, inclusive sem piso.
5. Pernambuco I e II: Distante 20 km da zona urbana. O atendimento é feito em uma salinha emprestada pela igreja do vilarejo. A triagem ocorre próximo ao altar e os pacientes aguardam nos bancos da Igreja.
6. Riacho Morto: Distante 82 km da zona urbana. O atendimento ocorre no ponto de apoio, composto por consultório médico, consultório de enfermagem e sala de triagem. Não há sala de espera e os pacientes aguardam na varanda.
7. Banco da Terra: Distante 34 km da zona urbana. Atendimento ocorre em uma casa alugada pela prefeitura que possui consultório médico, sala de triagem e consultório de enfermagem. Os pacientes aguardam na varanda.
8. Coopago: Distante a 45 km da zona urbana. O atendimento ocorre no Ponto de Apoio composto por sala de triagem, consultório médico e consultório de enfermagem. Os pacientes aguardam do lado de fora.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde VIII

A equipe de Saúde da Família (eSF) é composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, 11 agentes comunitários de saúde (ACS) (residentes próximos das localidades onde trabalham) e um motorista responsável pelo transporte da equipe. A equipe atende diariamente em uma dessas localidades sendo no mínimo duas visitas mensais em cada. Para ter acesso aos serviços de odontologia, fisioterapia e atendimento psicológico o paciente deve se dirigir a zona urbana do município, pois não há profissionais dessas áreas compondo a equipe.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe VIII

Os atendimentos são marcados e ocorre de maneira semelhante a consultas ambulatoriais. Dificilmente são realizadas atividades de educação em saúde, grupos operativos e demais atividades com as comunidades, uma vez que não há locais adequados para realizar as reuniões.

Diariamente o médico, técnico de enfermagem, enfermeira e motorista se dirigem a uma localidade, onde encontram com a ACS, responsável por organizar os pacientes para os atendimentos. O deslocamento é feito em uma pickup Strada, carregada com medicamentos e demais insumos necessários. Em média, são gastas duas horas com o traslado, pois além das grandes distancias (algumas localidades são distantes 80 km da sede), as condições das estradas são ruins, pois não são pavimentadas e a manutenção é precária. O horário da triagem é as 8:00h e o atendimento vai até as 14 horas (horário que a equipe retorna).

1.7 O dia a dia da Equipe VIII

Diariamente é realizada consulta médica agendada, consulta médica de demanda espontânea, visita domiciliar com toda a equipe da localidade, atendimento de enfermagem (coleta de prevenção, orientações, pré-natal da enfermagem, puericultura), vacinação e dispensa de medicações. São realizadas 20 consultas médicas por dia, sendo cinco marcadas pela ACS local e cinco de demanda espontânea. Geralmente esse número é extrapolado devido ao grande número de pacientes de demanda espontânea, pois todos que chegam ao local de atendimento aos pacientes que se dirigiram até o local de atendimento são atendidos pelo médico.

A marcação de exames de imagem e consultas com especialistas é de responsabilidade da ACS. Exames laboratoriais são de responsabilidade do paciente.

1.8 Estimativas rápidas: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Após discussão com a equipe, foram identificados os principais problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo). Hábitos de vida inadequados da população (tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, etc.) que favorecem o aparecimento e dificultam o controle de HAS; Falta de condições da equipe de saúde para programar ações de educação em saúde sobre estilo de vida saudável a fim de prevenir doenças; População em vulnerabilidade social; Dificuldade de acesso da equipe de saúde às comunidades rurais que gastam muito tempo até o local de atendimento devido a distância e condições precárias das

estradas não pavimentadas; Locais de atendimento dos pacientes são, em geral, improvisados, inadequados e precários.

1.9 Priorizações dos problemas - a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde, Unidade Básica de Saúde VIII, município de Buritis, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Hábitos de vida inadequados da população (tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, etc) que favorecem o aparecimento de hipertensão e dificultam o seu controle	Alta	8	Total	1º
Falta de condições da equipe de saúde para implementar ações de educação em saúde	Alta	6	Total	2º
População em vulnerabilidade social	Alta	5	Parcial	3º
Dificuldade de acesso da equipe de saúde às comunidades rurais	Alta	6	Parcial	4º
Locais de atendimento dos pacientes são, em geral, improvisados, inadequados e precários	Alta	5	Parcial	5º

*Alta, média ou baixa

** Distribuição dos 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema grave da saúde pública no Brasil e no mundo, com alta morbimortalidade e perda importante da qualidade de vidas, sendo um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. A prevalência de HAS no Brasil em adultos varia entre 22% e 44% e aumenta com a idade, chegando a 50% nos indivíduos com idades entre 60 e 69 anos e 75% nos idosos com mais de 70 anos (BRASIL, 2013).

O controle da HAS é uma das áreas estratégicas da atenção básica e as ações educativas constituem um importante instrumento para estimular mudanças no estilo de vida e, com isto, reduzir os fatores de risco cardiovascular, com um diagnóstico precoce, feito principalmente na atenção básica, tendo em vista a proximidade dos profissionais de saúde com os usuários e seus familiares, visto que elas residem próximas às comunidades.

Identificar os indivíduos que não possuem um estilo de vida adequado (fumantes, sedentários, sobrepeso/obesos, entre outros). Implementando assim, estratégias que levem a modificação dos fatores de risco e evitar, com isso, o desenvolvimento de HAS ou suas complicações.

Um estilo de vida adequado é de fundamental importância na prevenção da hipertensão e no processo terapêutico, juntamente com as medicações. É preciso que o indivíduo, além da adesão ao tratamento medicamentoso, tenha uma alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, faça controle do peso e prática de atividade física para evitar o sobrepeso e a obesidade, evite o tabagismo e o uso excessivo de álcool, pois estes são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados. Estes cuidados não são essenciais, pois sem eles mesmos as doses progressivas de medicamentos não resultarão no alcance dos níveis recomendados de pressão arterial (BRASIL, 2013).

Pelo exposto, pode-se observar que o controle adequado dos pacientes com HAS deve ser uma prioridade da ESF, o que significa atuar nos fatores de riscos. O que se tem observado na ESF VIII é um número grande de pacientes hipertensos que tem dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Portanto, a equipe da ESF deve desenvolver estratégias, juntamente com os usuários, para reduzir os fatores de risco modificáveis e incentivar ações como, por exemplo, a prática de exercício físico, manutenção de uma dieta saudável, o cuidado com o cigarro, entre outros. Estas ações irão auxiliar não só a redução da prevalência dos indivíduos hipertensos, como também o controle dos que já possuem esta doença evitando, com isso, o aparecimento de

complicações (MALACHIAS *et al.*, 2016), proporcionando a esses pacientes uma vida mais saudável e tranquila.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para redução dos fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica, com vistas à melhoria do cuidado aos pacientes hipertensos na população da ESF VIII, município de Buritis, MG.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os principais fatores de risco existentes nos pacientes hipertensos da ESF VIII;
- Promover a capacitação da equipe da ESF VIII para detecção precoce de fatores que podem levar aos pacientes o desenvolvimento da hipertensão;
- Propor uma intervenção educativa grupal, estimulando hábitos mais saudáveis promovendo a prática de exercícios físicos para hipertensos.

4 METODOLOGIA

Inicialmente foi feito o diagnóstico situacional juntamente com a equipe da UBS, utilizando o Método de Estimativa Rápida para identificação dos problemas da área de abrangência e definição do problema prioritário. Este método permite conhecer melhor os problemas da comunidade da área de abrangência e do serviço de saúde. Posteriormente foi feita revisão da literatura sobre o problema prioritário utilizando os descritores: Hipertensão, Fatores de Risco, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária. Educação em Saúde. Foram feitas consultas à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), ao Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), além de sites do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para realização da revisão bibliográfica dos principais aspectos inerentes relacionados ao problema:

- Estratégia de saúde da família;
- Atenção primária a família;
- Educação em saúde;
- Hipertensão;
- Fatores de risco.

Utilizando a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018) foram identificados os nós críticos relacionados ao problema principal sendo, posteriormente, definidas as ações de intervenção necessárias para a resolução do problema. Com esta proposta espera-se uma melhoria da qualidade de vida dos usuários.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada e implantada em 1994 pelo Ministério da Saúde, como uma importante estratégia para reorganizar as práticas na Atenção Primária a Saúde (APS) e reorientar o sistema de saúde brasileiro do tradicional enfoque curativo para o preventivo e integral, buscando a integralidade das ações e a continuidade do cuidado através da articulação da APS com os demais níveis de complexidade de atenção (BRASIL, 1997).

A ESF foi planejada de forma a priorizar o trabalho em equipe e as ações de promoção a saúde, com foco na atenção à família em seu território, de forma a aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, favorecer o vínculo com o usuário e sua família e as ações de prevenção, promoção e reabilitação (BRASIL, 1997).

Atualmente a ESF tem assumido papel fundamental no sucesso do controle e tratamento das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas a HAS (GIRÃO, 2016) orientando pacientes a cuidarem mais da sua saúde. O atributo da ESF de longitudinalidade garante à assistência a saúde aos pacientes com DCNT e a adesão ao tratamento para a continuidade do cuidado, promovendo assim, mais saúde a toda a comunidade. De acordo com Brito, Mendes e Santos (2017):

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo preferencial de organização da APS no Brasil e espera-se que ela seja capaz de abordar o processo de saúde-doença dos indivíduos de modo singular e articulado ao contexto familiar e comunitário (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2017, p. 78).

5.2 Hipertensão Arterial: definição e epidemiologia

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença multifatorial com grande número de casos e pouco controle por parte dos pacientes, sendo um grande problema de saúde pública no mundo em virtude do seu caráter crônico e incapacitante (MACHADO *et al.*, 2016), apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida. Caso não seja controlada, pode levar a complicações tais como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e problemas renais, entre outros (BRASIL, 2013).

É caracterizada por aumento persistente dos níveis de pressão arterial (PA $\geq 140 \times 90$ mmHg) (MALACHIAS *et al.*, 2016). De acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (MALACHIAS *et al.*, 2016), os valores que definem a hipertensão, são:

- Normal: Pressão Arterial Sistólica (PAS) ≤ 120 mmHg e Pressão Arterial Diastólica (PAD) ≤ 80 mmHg;
- Pré-hipertensão: PAS entre 121-139 mmHg e PAD entre 81-89 mmHg;
- Hipertensão estágio 1: PAS entre 140 e 159 mmHg e PAD entre 90 e 99 mmHg;
- Hipertensão estágio 2 PAS entre 160 e 179 mmHg e PAD entre 100 e 109 mmHg;
- Hipertensão estágio 3: PAS ≥ 180 mmHg e PAD ≥ 110 mmHg.

Ainda, segundo a referida Diretriz, quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 600 milhões de pessoas tenham HAS e tem uma expectativa de um crescimento global de 60% dos casos até 2025, casos novos hábitos não sejam criados, tanto para pacientes já diagnosticados, quanto como forma de prevenção da doença. A HAS acarreta cerca de 7,1 milhões de mortes anuais, sendo que a maioria ocorre em países de baixo e médio desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO, 2014), onde existe pouco conhecimento da doença por parte da população.

No Brasil, de acordo com dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), a prevalência de HAS na população acima de 18 anos é de aproximadamente 24,5%, sendo maior em mulheres. Essa porcentagem aumenta com a idade e diminui com o nível de escolaridade (BRASIL, 2020).

5.3 Fatores de risco da hipertensão arterial

Os fatores de risco da HAS podem ser modificáveis e não modificáveis. Entre os modificáveis podemos citar o excesso de peso e obesidade, o consumo excessivo de sódio e de bebidas alcoólicas, o tabagismo e o sedentarismo (BRASIL, 2019).

5.3.1 Excesso de peso e obesidade

O sobrepeso e a obesidade podem ser definidos como acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal, o que representam um grande risco a saúde. Um indivíduo é considerado sobrepeso ou obeso quando o Índice de Massa Corpórea (IMC) for ≥ 25 kg/m² ou 30 kg/m² respectivamente (WHO, 2000).

Eles são considerados um grande problema de saúde pública de proporções epidêmicas, com mais de quatro milhões de mortes em 2017. As taxas de obesidade continuam crescendo, tanto em adultos quanto em crianças. Em 2016, 39% dos adultos com 18 anos e mais eram sobrepesos e 13% obesos e mais de 340 milhões de crianças e adolescentes com idades entre 5 a 19 eram sobrepesos e obesos (WHO, 2020).

A obesidade é classificada como endógena (primária) ou exógena (nutricional ou secundária). A primeira derivada de problemas hormonais, já a segunda, do desequilíbrio na “balança metabólica” entre a ingestão e o gasto calórico, sendo que esta deve ser tratada com uma melhor alimentação e prática adequada e orientada de atividade física (MEYER; MELLO; LUFT, 2004).

Atualmente a obesidade tem sido considerada como uma doença crônica que tem aumentado de forma acelerada em todo o mundo. No Brasil, dados do VIGITEL apontam que mais de 50% da população adulta está acima do peso. A maior taxa de crescimento foi entre adultos de 25 a 34 anos (84,2%) e de 35 a 44 anos (81,1%). Hoje, no país, 20,7% das mulheres têm obesidade e 18,7% dos homens (BRASIL, 2019).

Segundo uma pesquisa realizada pela OMS em 2016, a prevalência da obesidade triplicou no período de 1975 a 2016. Mais de 1,9 bilhões de pessoas com idade superior a 18 anos estavam acima do peso e destes, 650 mil já eram obesos. A situação também é grave no que se refere a crianças e adolescentes: 340 milhões de indivíduos na faixa etária de 5 a 19 anos eram obesos ou já tinham um sobrepeso (WHO, 2020).

5.3.2 Consumo excessivo de sódio

O sal é um elemento importante à saúde do homem, sendo considerado uma fonte de sódio importante, que ajuda a controlar o volume de água corporal, além de possuir outras funções fisiológicas importantes para o corpo humano. Sempre ocupou um papel de destaque na sociedade ao longo dos tempos, tendo sido muito usado para preservar alimentos como peixes e carnes. Além disso, foi considerado de grande importância para dar sabor aos alimentos. No entanto, o consumo excessivo de sal pode provocar problemas sérios de saúde relacionados a hipertensão e doenças cardiovasculares (ELIAS *et al.*, 2019).

Atualmente, a associação entre o consumo excessivo de sódio e o desenvolvimento de hipertensão arterial está bem estabelecida. Por consequência, está relacionado também ao aumento do risco para doenças cardiovasculares e lesões renais. O excesso de sódio na corrente sanguínea leva a um aumento da quantidade de água dentro dos vasos sanguíneos. Com um

volume maior de sangue fluindo através de seus vasos sanguíneos, a pressão arterial aumenta (BOMBIG; FRANCISCO; MACHADO, 2014).

Esse aumento da pressão arterial, com o tempo, pode lesionar as paredes dos vasos sanguíneos, principalmente aquelas de pequeno calibre de vários órgãos do corpo humano como cérebro, coração e rins. Assim, alimentos industrializados, como temperos prontos, enlatados, embutidos, queijos e salgadinhos, contêm grande quantidade de sal e devem ser evitados (BOMBIG; FRANCISCO; MACHADO, 2014, NAKASATO, 2004).

Nas últimas décadas, o consumo de sódio através da alimentação na maioria dos países tem sido excessivo, variando de 9 a 12 g por pessoa/dia (BROWN *et al.*, 2009). Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013, um dos indicadores mais preocupantes é o consumo excessivo de sal, pois a percepção dos brasileiros sobre esse consumo é baixa, tendo uma média de consumo de diário de 12 gr/dia, ou seja, mais de duas vezes o limite máximo recomendado pela OMS, que é cinco gramas por dia (OLIVEIRA *et al.*, 2015, SARNO *et al.*, 2013).

Uma redução de ingestão de sódio para 2 g/dia ou cloreto de sódio para 5 g/dia, pode reduzir a PA de 2 a 8 mmHg, essa redução é considerada uma das mais importantes intervenções pela 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (MALACHIAS *et al.*, 2016) trazendo grandes ganhos para a saúde pública brasileira.

5.3.3 Sedentarismo

Segundo a World Health Organization (WHO, 2018) entre os diversos indicadores de risco que se associam à etiologia das doenças cardiovasculares, o estilo de vida sedentário se destaca atualmente como um problema de saúde pública. Há preocupações mundiais quanto a este hábito de vida, que constitui um indicador de risco à saúde, capaz de acarretar profundas consequências negativas à vida de indivíduos, famílias e comunidades.

É comprovado que a atividade física regular e auxilia na promoção da saúde, prevenção e reabilitação de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como, por exemplo, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, diabetes, câncer de mama e colon, hipertensão, sobrepeso e obesidade. Além disso, tem impacto positivo nas doenças mental, na qualidade de vida e no bem estar, prologando a vida (WHO, 2018).

O mundo contemporâneo, o desenvolvimento humano e a migração para os grandes centros tecnológicos, aliados ao acesso às invenções do homem para gerar seu conforto e interagir entre si por meio de um simples toque nos smartphones ou tablets, fazem com que o

sedentarismo ou inatividade física apresentem níveis crescentes na população geral (AZIZ, 2014, p.75), além disso, as pessoas possuem vidas muito corridas, com muitas tarefas, acabando deixando esse tipo de atividade sempre para depois, aumentando o sedentarismo.

Segundo Guedes e Lopes (2013) um dos principais problemas para o controle da pressão arterial é a não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, entre eles a falta de atividade física. Um dos desafios dos profissionais da saúde atualmente na atenção básica é estimular a mudança de hábitos sedentários, prevenir a HAS e, ao mesmo tempo, tratar adequadamente os indivíduos hipertensos.

5.3.4 Tabagismo

O tabagismo é considerado, pela Organização Mundial da Saúde, uma doença crônica gerada pela dependência da nicotina, sendo um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT e pode ser considerada uma barreira que dificulta o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (BRASIL, 2017), visto que seu consumo trás consequências não apenas para o fumante.

Mesmo com o desenvolvimento de pesquisas e a apresentação de dados concretos a cada dia, os malefícios e riscos do tabaco, os números das tendências de consumo mundiais são alarmantes. Em decorrência da toxicidade do tabaco o total de mortes decorrente de seu uso é em torno de cinco milhões ao ano; sendo que a previsão para 2030 subirá para mais de oito milhões, caso as pessoas não criem consciência sobre o seu risco para a saúde humana (BRASIL, 2017).

A OMS considera o tabagismo como um dos mais graves problemas de saúde pública e como a principal causa de morte evitável em todo o mundo e com um número de mortes que chega a mais de oito milhões por ano (WHO, 2020). Além dos riscos para a saúde de quem faz o uso, ele também tem um impacto econômico importante para a economia de vários países. Nos Estados Unidos os gastos anuais decorrentes de assistência médica e perda de produtividade por incapacidade e morte prematura pelo tabagismo, geraram um gasto de quase US\$ 200 bilhões (ADHIKARI *et al.*, 2008). No Brasil, segundo Pinto *et al.* (2019), o tabagismo foi responsável por 156.337 mortes, 4,2 milhões de anos de vida perdidos, 229.071 infartos agudos do miocárdio, 59.509 acidentes vasculares cerebrais e 77.500 diagnósticos de câncer.

São várias as doenças provocadas pelo tabaco, como vários tipos de câncer, mas especialmente o de pulmão, tuberculose, infecções respiratórias, úlcera gastrintestinal, impotência sexual, infertilidade em mulheres e homes, acidentes cerebrovasculares e ataques cardíacos mortais, entre outros (BRASIL, 2020).

5.3.5 Consumo excessivo de bebidas alcoólicas

O consumo de álcool é uma característica cultural do mundo e está associado à busca de prazer, à compensação de medos, à comemoração de conquistas e ao alívio do estresse e/ou de dores físicas e a aceitação social. Porém, quando o uso dessa substância torna-se repetitivo e leva o indivíduo à perda do autocontrole, isso gera grandes impactos para a vida, tanto familiar, como profissional, assim como consequências saúde física e mental (SILVA *et al.* 2015; PONCE *et al.* 2016).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 3,3 milhões de pessoas morrem a cada ano em consequência dos efeitos nocivos do álcool em todo o mundo. Assim, aproximadamente 6% de todos os óbitos em âmbito mundial estão direta ou indiretamente relacionados à ingestão de álcool (WHO, 2014).

A PNS 2013 mostrou que no Brasil, a prevalência de consumo abusivo de álcool foi de 13,7% e principalmente entre os homens. Prevalências maiores foram observadas entre adultos jovens, entre 18 a 29 anos de idade, de cor da pele preta, e fumantes ocasionais, que avaliaram sua saúde como boa ou muito boa e sem morbidades referidas (GARCIA; FREITAS, 2015).

O consumo abusivo de álcool é definido como o consumo abusivo de cinco ou mais doses de bebida alcoólica no caso dos homens ou quatro ou mais doses no caso das mulheres em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. Em 2019, dados do VIGITEL mostraram uma prevalência de 18,8% na população com 18 anos ou mais de idade, e principalmente em homens. Entre as mulheres, o consumo aumentou ao longo do tempo em especial entre as mais jovens e mais escolarizadas (BRASIL, 2020).

As principais doenças ou prejuízos associados ao álcool são violência interpessoal, cirrose hepática, câncer de esôfago, síndrome alcoólica fetal e pancreatite, assim, as consequências do uso de álcool oneram a sociedade, direta e indiretamente, aumentando os custos dos serviços de saúde e do sistema previdenciário. Além disso, o álcool também está associado ao aumento do absenteísmo e à diminuição da produtividade no trabalho (WHO, 2014).

Um fator que potencializa o contexto do alcoolismo é o fato de o álcool ser de fácil acesso e por estar envolvido em propagandas que estão sempre relacionadas ao relaxamento, camaradagem e humor. De uma forma geral, as pessoas ingerem bebidas alcoólicas para uma

melhor interação no ambiente social, seja no ambiente domiciliar em festividades, ou mesmo em ambientes públicos (PECHANSKY; SZOBOT ; SCIVOLETTO, 2014).

5.4 Fatores de risco da hipertensão arterial não modificáveis

Entre os fatores de risco não modificáveis estão a idade, sexo, hereditariedade e raça. Dados do Vigitel de 2019 mostram que a HAS é maior entre mulheres (27,3%) do que entre homens (21,2%). Em ambos os sexos a prevalência aumenta com a idade, podendo chegar a prevalências de 64,2% em indivíduos com 65 anos ou mais que diminuem com o nível de escolaridade. Em indivíduos negros e do sexo feminino, a prevalência de HAS também é maior (BRASIL, 2020).

Lobo *et al.* (2017) afirmam que atualmente a pressão elevada tem se alastrado em todas as faixas etárias, atingindo prevalências em adolescentes e crianças cada vez maiores nos últimos anos e agravando ainda mais os problemas e gastos de saúde pública em todo o mundo.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O problema selecionado pela equipe foi “Hábitos de vida inadequados (tabagismo, sedentarismo, alimentação não saudável, etc.) da população da área de abrangência da ESF VIII que favorecem o aparecimento da hipertensão e dificultam seu controle”.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A HAS é de natureza crônica e silenciosa e, por isso, os indivíduos, em geral têm dificuldade em identificá-la. Isto favorece o agravamento da doença que pode acarretar problemas cardiovasculares entre outros. Por isso a educação em saúde é de grande relevância, não só para prevenção, mas também para o seu controle. As práticas educativas contribuem para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais da saúde a fim de alcançar uma assistência em saúde de acordo com suas necessidades.

Por ser uma comunidade rural, com uma população em vulnerabilidade social e carente de informações foi decidido, com a equipe, que seria necessário desenvolver uma proposta de intervenção para discutir com a comunidade da área adstrita sobre a importância do estilo de vida saudável para a prevenção da hipertensão e outras doenças. A educação em saúde é um determinante importante da desigualdade em saúde, uma vez que o acesso à informação permite que o indivíduo realize escolhas mais adequadas para as suas necessidades em saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos identificados foram:

- 1- Alto índice de baixa escolaridade. Dificuldade em ler e compreender as prescrições, de fazer uso correto das medicações e de seguir as orientações dos profissionais sobre a modificação dos hábitos inadequados e de risco;
- 2- Dificuldade da população para mudança de estilo de vida. O baixo nível socioeconômico desta população dificulta a dieta saudável;
- 3- Baixo índice de informação sobre HAS e seus fatores de risco, tanto da população quanto da equipe de assistência.

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 ao 10º passo)

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Hábitos de vida inadequados que favorecem o aparecimento da hipertensão e dificulta o controle”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família VIII, município de Buritis, Estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Alto índice de baixa escolaridade
6º passo: operação (operações)	Educação em saúde para usuários
6º passo: projeto	Laços e cores: facilitando a adesão ao tratamento da HAS
6º passo: resultados esperados	Uso correto da medicação e conseqüente melhoria dos níveis pressóricos e diminuição das descompensações,
6º passo: produtos	Planilhas de cores e adesivos para medicamentos – cada medicação terá um adesivo de uma cor e será colado em seus respectivos horários em uma tabela.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Ações educativas para o uso correto da medicação. Financeiro: Adquirir material de papelaria
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: profissional com conhecimento e habilidade para promover a comunicação. Financeiro: verba para aquisição do material
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsável: Enfermeira/Agentes Comunitárias de Saúde/ Secretária de Saúde Motivação: favorável Ações de estímulos: Reunião com a coordenação da atenção básica e orientação sobre os benefícios do método.
9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	A enfermeira será responsável pelo acompanhamento das operações, junto as Agentes Comunitárias de Saúde Prazo de 90 dias para implantação. Manter de forma contínua
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Gestão realizada pela enfermeira e Coordenação da Atenção básica. Avaliada por toda a equipe após 180 dias a fim de traçar planos de melhoria.

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Hábitos de vida inadequados que favorecem o aparecimento da hipertensão e dificulta o controle”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família VIII, município de Buritis, Estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Dificuldade da população para mudança de estilo de vida.
6º passo: operação (operações)	Oficina de culinária saudável / grupo xô preguiça / grupo anti tabagismo / palestras educativas
6º passo: projeto	Novos hábitos de vida
6º passo: resultados esperados	Diminuir em 50 % o número de tabagista e obesos
6º passo: produtos	Grupo de caminhada: junto com o profissional Educador físico Oficina de culinária saudável: junto com o profissional Nutricionista e ACS realizar grupo de culinária para orientar alimentação saudável e diminuir o consumo de sódio e gorduras. Grupo multidisciplinar antitabagismo: para pacientes que desejam cessar o tabagismo. Encontros semanais durante 4 semanas. Aplicação do teste de Fagerstrom para avaliar o grau de dependência à nicotina. Consulta médica individual ao final do quarto encontro para avaliar a necessidade de medicações de acordo com protocolo do Ministério da Saúde. Descrição dos cinco estágios de mudança comportamental: pré-contemplativa; contemplativa; preparação para ação; ação e manutenção. Anotar o dia oficial da interrupção. Cada participante deverá falar sobre sua semana (dificuldades, melhorias). Equipe formada por Psicólogo, Assistente social, enfermeira da Unidade e médico.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Informações sobre os temas Financeiro: Para aquisição de recursos para oficinas de culinária. Recursos para divulgação Político: local para a prática de exercício físico, oficina de culinária e insumos.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Mobilização social Financeiro: Conseguir recursos em curto prazo em momento de crise
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsável: coordenação da Atenção Básica/ Equipe da ESF Motivação: A favor / Indiferente Ações de estímulos: Grupo motivacional, dinâmica de grupo com os membros da equipe da ESF
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Equipe multidisciplinar (Psicólogo; Educador físico; terapeuta ocupacional, Nutricionista e fisioterapeuta); Início das atividades em 60 dias.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Grupo de caminhada: Iniciado com o Educador físico e mantido sobre avaliação da Agente comunitária de Saúde de cada Ponto de Apoio. Reavaliar após seis meses (circunferência abdominal, peso) Oficina de culinária saudável: Nutricionista será responsável por administrar os cursos e palestras. Os resultados serão avaliados pelo médico e enfermeira responsável em consultas de rotina (pressão arterial, Perfil lipídico , etc)

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Hábitos de vida inadequados que favorecem o aparecimento da hipertensão e dificulta o controle”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família VIII, do município de Buritis, Estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Baixo índice de informação sobre HAS e seus fatores de risco, tanto da população quanto da equipe de assistência.
6º passo: operação (operações)	Conscientizar a população a respeito dos fatores de risco para hipertensão e suas consequências.
6º passo: projeto	Saber mais saúde
6º passo: resultados esperados	Melhora da adesão ao tratamento e às mudanças de estilo de vida.
6º passo: produtos	Hiperdia - momento dividido entre palestras educativas e rodas de conversa a fim de esclarecer uso correto de medicações e medidas de controle e prevenção da Hipertensão Arterial. Serão utilizados recursos audiovisuais e dinâmicos com o intuito de despertar o interesse e melhorar a compreensão sobre o tema. Rodas de conversa para trocas de informações.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Estratégias de comunicação e persuasão Financeiro: Recursos audiovisuais e verba para divulgação através de panfletos de divulgação Político: Mobilização da população a fim de reunir para os eventos
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Adquirir habilidades pedagógicas Financeiro: Recursos para audiovisual e divulgação
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsável: Médico, enfermeiro e Agentes comunitárias de saúde Motivação: Favoráveis
9º passo; acompanhamento do plano - responsável e prazos	Serão três encontros em cada localidade, onde todos da equipe possuem suas responsabilidades. Duração de 120 dias.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A avaliação das ações será de forma contínua, através da aceitação da população e mudança de comportamento. Todos da equipe. Reunião da equipe após 150 dias.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento do paciente hipertenso sobre a doença é de grande importância e faz toda a diferença no seu tratamento, assim como o conhecimento dos fatores de risco no caso das pessoas que não possuem a doença. É importante, também, que a equipe de saúde amplie o conhecimento sobre as estratégias adequadas para a população da área adstrita para estimular a prevenção e o controle da HAS ajudando a modificar hábitos e criando, assim, novos estilos de vida na comunidade.

A elaboração do plano de intervenção na ESF VIII foi de muita importância para aumentar o nível de informação da população sobre HAS, permitir mudanças nos estilos de vida e melhorar o controle dos pacientes, aumentando também a convivência e a interação com os profissionais da saúde. Para os profissionais da saúde proporcionou uma melhora no conhecimento e assistência à saúde dos moradores para que os mesmos possam usufruir de boa saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ADHIKARI, B. Smoking attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses - United States, 2000- 2004. **MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 57, n. 45, p.1226-8, 2008.

AZIZ, J. L. Sedentarismo e hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertens**, v. 21, n. 2, p. 75-82, 2014.

BOMBIG, M.T.N.; FRANCISCO, Y.A.; MACHADO, C.A. A importância do sal na origem da hipertensão. **Rev. Bras. Hipertens**. v. 21, n. 2, p. 63-67, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília (DF); 1997. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em 15 jul 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, n.37) 128p. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo. Acesso em: 6 jul 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf> . Acesso em 28 ago 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Tabagismo: causas e prevenção**. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tabagismo>. Acesso em 27 ago. 2020.

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. C. G.; SANTOS NETO, P. M. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.22, n. 64, p. 77-86, 2017.

BROWN, I. J. *et al.* Salt intakes around the world: implications for public health. **Int. J. Epidemiol**, v. 38, n. 3, p. 791-813, 2009.

ELIAS, M. *et al.* The role of salt on food and human health. In: Salt in the earth. IntechOpen books. Disponível em: <https://www.intechopen.com/books/salt-in-the-earth/the-role-of-salt-on-food-and-human-health>. Acesso em: 2 ago 2020.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 10 de novembro de 2019.

GARCIA, L.P.; FREITAS, L.R.S. Consumo abusivo de álcool no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n.2, p. 227-237, 2015.

GIRÃO, A.L.A.; FREITAS, C.H.A. Hypertensive patients in primary health care: access, connection and care involved in spontaneous demands. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 37, n: 2, p. e60015, 2016. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rge/v37n2/en_0102-6933-rgef-1983-144720160260015.pdf

GUEDES, N. G.; LOPES, M. V. O. Exercício físico em portadores de hipertensão arterial: uma análise conceitual. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 31, n. 2, p. 367-374, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo demográfico de 2010**. Dados referentes ao Município de Buritis. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/buritis/panorama>. Acesso em: 5 julho 2020.

LOBO, L. A. C. *et al.*. Time trend in the prevalence of systemic arterial hypertension in Brazil. **Cad. Saúde Pública**. v. 33, n. 6, p. e00035316, 2017.

MACHADO, J. C. *et al.* Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 21, p. 611-620, 2016.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 107, n. (3 Supl. 3), p. 1-83, 2016.

MEYER, F.; MELLO, E. D. D., LUFT, V. C. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **J. Pediatr**, v. 80, n. 3, p. 173-182, 2004.

OLIVEIRA, M.M. *et al.* Consumo elevado de sal autorreferido em adultos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 2, p. 249-256, 2015.

PECHANSKY, F., SZOBOT, C. M., SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 26, supl.1, p.14-17, 2004.

PINTO, M. *et al.* Carga do tabagismo no Brasil e benefício potencial do aumento de impostos sobre os cigarros para a economia e para a redução de mortes e adoecimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, p. e00129118, 2019.

PONCE, T. D. *et al.* Treinamento de equipes de enfermagem para assistência à síndrome de abstinência alcoólica: revisão integrativa. **SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 12, n. 1, p. 58-64, 2016.

SANCHEZ R. M; CICONELLI M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Pública**. v.31,n. 3, p. 260-8, 2012

SARNO, F. *et al.* Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2008-2009. **Rev. Saúde Pública**. v. 47, n. 3, p. 571-578, 2013.

SILVA, S. E. D. *et al.* Alcoolismo nas pesquisas da enfermagem brasileira. **Rev. Eletr. Gestão Saúde**, n. 3, p. 2851-2869, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO 66th World Health Assembly: **Global status report on alcohol and health**. Geneva: World Health Organization; 2014. 376p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: World Health Organization, 2000. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acesso em: 5 ago 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world**. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 5 ago 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Obesity and overweight**. Geneva: World Health Organization. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 5 ago 2020.