

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

MABELYN RODRÍGUEZ GALLARDO

ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA: uma proposta de intervenção

ARAÇUAÍ - MINAS GERAIS
2018

MABELYN RODRIGUEZ GALLARDO

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA: uma proposta de intervenção**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**ARAÇUAÍ - MINAS GERAIS
2018**

MABELYN RODRIGUEZ GALLARDO

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA: uma proposta de intervenção**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 24/05/ 2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha filha, meus pais e meu esposo e aos meus amigos e pacientes pelo apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, meus amigos que fizeram e fazem uma experiência única.

Aos meus companheiros de trabalho, aos meus pacientes pela confiança em mim depositada.

Aos meus professores da UFMG.

RESUMO

A hipertensão é uma doença e um importante fator de risco que se relaciona com as principais causas de morbidade e mortalidade tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Na nossa área de abrangência também se encontrou alto índice de pessoas com hipertensão e com pouca adesão ao tratamento instituído. Assim, este estudo objetivou desenvolver uma proposta de intervenção para aumentar a adesão dos usuários hipertensos da área da Equipe de Saúde da Família de Forquilha em Minas Novas, Minas Gerais, ao tratamento da hipertensão. Para o desenvolvimento desta proposta foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional e pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores: hipertensão, adesão e tratamento. Utilizou-se, ainda, as últimas Diretrizes de Hipertensão para maior fundamentação teórica da proposta. Deseja-se que o conhecimento adquirido pelos pacientes hipertensos desenvolva neles a consciência da importância de seguir os tratamentos prescritos e que alcancem, dessa forma, melhoria na qualidade de vida.

Palavras-chave: Hipertensão. Adesão. Tratamento.

ABSTRACT

Hypertension is a disease and an important risk factor that is related to the main causes of morbidity and mortality in both developed and developing countries. In our area of coverage we also found a high index of people with hypertension and with little adherence to the treatment instituted. . Thus, this study aimed to develop a proposal of intervention to increase the adherence of hypertensive users of the Fork Family Health Team area in Minas Novas, Minas Gerais, to the treatment of hypertension. For the development of this proposal was used the method of Strategic Situational Planning and research in the Virtual Health Library, with the descriptors: hypertension, adherence and treatment. The latest Hypertension Guidelines were also used to provide a more theoretical basis for the proposal. It is hoped that the knowledge acquired by hypertensive patients develops in them an awareness of the importance of following the prescribed treatments and that, in this way, they improve the quality of life.

Key words:Hypertension. Accession. Treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
ACS	Agente Comunitário de Saúde
DCV	Doenças Cardiovasculares
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
MAPA	Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial
MRPA	Monitorização Residencial da Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PA	Pressão Arterial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Breves Informações sobre o Município Minas Novas.....	10
1.2 O Sistema Municipal de Saúde.....	10
1.3 Equipe de Saúde da Família de Forquilha, seu território e população.....	11
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	11
1.5 Priorização dos problemas.....	13
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVO.....	15
4 METODOLOGIA.....	16
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	22
6.1 Descrição do problema priorizado (terceiro passo).....	22
6.2 Explicação do problema priorizado (quarto passo).....	22
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	22
6.4 Desenho das operações (Sexto Passo).....	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves Informações sobre o Município Minas Novas

Minas Novas é um município brasileiro do Estado de Minas Gerais, localizado no Alto Jequitinhonha, na região nordeste e distante 512 km da capital do Estado. A população, em 2010, era de 30.794 pessoas e estimativa para 2017 de 32.009 habitantes (IBGE, 2010).

Minas Novas faz limite com Capelinha, Chapada do Norte, Leme do Prado, Novo Cruzeiro, Setubinha, Turmalina, Virgem da Lapa e Angelândia. A área de unidade territorial é de 1.812.398 Km quadrado e o clima é tropical. O principal rio que banha a cidade chama-se Rio Fanado e é responsável pela alimentação da cidade, juntamente com seus afluentes. A cidade teve um crescimento populacional importante nas três últimas décadas em função do êxodo rural ocorrido na região e da instalação de algumas indústrias (confeccões). Como em várias cidades brasileiras, esse crescimento não foi acompanhado do correspondente crescimento econômico, de infraestrutura, e, muito menos, de um desenvolvimento social (PREFEITURAMUNICIPAL DE MINAS NOVAS, 2017).

A cidade vive basicamente do comércio, gastronomia, turismo, agricultura e ganadeira. Possui uma forte produção de carvão vegetal obtida a partir de florestas plantadas de eucalipto, produção essa que se destina às usinas siderúrgicas localizadas na região de Sete Lagoas e Belo Horizonte. Minas Novas preserva e valoriza suas tradições culturais, como o seu rico artesanato, folia de reis, festas religiosas e as festas juninas (PREFEITURA MUNICIPAL DE MINAS NOVAS, 2017).

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

Na área de saúde, a cidade é sede da microrregião, sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência, e cuidado hospitalar.

Há cerca de cinco anos o município adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a reorganização da atenção básica e conta hoje com quatro equipes na zona urbana e seis equipes na zona rural cobrindo 60% da população.

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é feito pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, conforme determina a Constituição Federal de 1988, que estabelece as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 1988).

1.3 A Equipe de Saúde da Família de Forquilha, território e sua população.

Forquilha é uma comunidade de cerca de 2783 habitantes, localizada na periferia de Minas Novas, na zona rural. Hoje, a população empregada vive basicamente do trabalho nas empresas rurais que plantam eucalipto, da ganadeira e produção de carvão, da prestação de serviços e da economia informal. É grande o número de desempregados e subempregados.

A estrutura de saneamento básico na comunidade é muito boa, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo. Parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 50 anos e não existe evasão escolar entre menores de 14 anos. Nas últimas administrações, a comunidade tem recebido algum investimento público, tais como escola, centros de saúde, creches, asilos, dentre outros, em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa.

A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas. Existem sérias dificuldades para os pacientes chegarem até o posto de saúde porque o ônibus fica caro para a maioria das famílias que têm baixos recursos econômicos e muitas vezes moram tão distantes que não têm nenhum tipo de transporte.

Em Forquilha trabalha uma Equipe de Saúde da Família em quatro postos de saúde. Ainda não temos uma Equipe de Saúde Bucal.

As unidades estão bem equipadas e contam com os recursos adequados para o trabalho da equipe. Os quatro postos de saúde são bem conservados e possuem área adequada para atendimento da população, considerando a demanda.

A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento percebe-se certo tumulto o que dificulta o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe sala de reuniões, razão pela qual a equipe utiliza a recepção.

As reuniões com a comunidade são realizadas nas diferentes casas dos pacientes segundo o planejamento feito com os mesmos e com antecedência.

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 h às 17:00 horas da tarde e, para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários de saúde, 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 a enfermeira está presente na Unidade. Esse fato tem sido motivo de algumas discussões, principalmente entre a enfermeira 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 outro auxiliar de enfermagem.

A área de abrangência de nossa equipe é na área rural e nossa unidade de saúde é bem estruturada com recepção, sala de curativo, sala de enfermagem, sala de consulta médica, sala de puericultura, cozinha e banheiro, que oferecem acomodações adequadas aos usuários, e possibilita, assim, melhor qualidade de atendimento.

A equipe de saúde desenvolve positivamente, além das consultas agendadas e de demanda espontânea, outras ações de saúde, como por exemplo, grupo de hipertensos e diabéticos. As pessoas participam positivamente nas reuniões e despertam muito interesse na comunidade.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.

Ao se fazer o diagnóstico situacional da nossa área de abrangência, dentre os problemas de saúde encontrados destacam-se:

- Má adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Alto índice de alcoolismo
- Alto índice de fumantes
- Parasitismo Intestinal
- Alto consumo de psicofármacos
- Baixa cultura sanitária da população.
- Baixo ingresso econômico da população.

1.5 Priorização dos problemas

Em nossa investigação priorizamos a baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial pelos hipertensos de nossa UBS uma vez que este fato representa altos índices de incidência de complicações, danos e até morte por esta causa.

Esta priorização foi feita a partir da identificação dos problemas, considerando a sua importância, urgência e a capacidade para enfrentamento.

2 JUSTIFICATIVA

A equipe de saúde de Forquilha realizou um levantamento dos principais problemas, identificando o grande número de usuários hipertensos e a grande quantidade de complicações e sequelas causadas pela má adesão ao tratamento da HAS na comunidade.

A HAS é um problema de grande importância para a saúde pública, pois a mortalidade por doenças cardiovasculares está diretamente relacionada com a elevação e descontrole da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

A detecção precoce, tratamento e controle são fundamentais para diminuir a morbimortalidade pelas complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Através da identificação dos pacientes hipertensos na área de abrangência é possível a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento evitando novos casos e reduzindo complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Na área de atuação da UBS de Forquilha percebemos que existe um alto índice de hipertensos sem controle efetivo da pressão arterial e má adesão ao tratamento o que leva ao acompanhamento inadequado desses pacientes pela equipe de saúde. O trabalho proposto tem o intuito de melhorar o controle pressórico dos usuários hipertensos, evitando as complicações desta doença tão frequente no mundo.

3 OBJETIVO

Desenvolver uma proposta de intervenção para aumentar a adesão dos usuários hipertensos da área da Equipe de Saúde da Família de Forquilha em Minas Novas, Minas Gerais, ao tratamento da hipertensão.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) fundamentado em alguns passos preconizados por Campos, Faria e Santos (2010).

Foi feita pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores:

Hipertensão

Adesão.

Tratamento

Também foram utilizadas as últimas Diretrizes de Hipertensão para maior fundamentação ao plano de intervenção.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão Arterial é definida pela persistência da Pressão Arterial Sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg. É uma condição clínica originária de vários fatores que se associa frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos – alvo, como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos bem como à alterações metabólicas. Como consequência tem-se o aumento do risco de eventos cardiovasculares letais e não letais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.1)

A HAS tem uma prevalência média no Brasil de 32,5%, com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos, acometendo 35,8% homens e 30 % mulheres, portanto é uma patologia com alta prevalência e pouco controle, porém um dos principais fatores de risco modificáveis considerando ser um dos mais importantes problemas de saúde pública (RADOVANOVIC, et al. 2014)

A hipertensão arterial é uma doença muito comum e, muitas vezes, não vem acompanhada de sintomatologia específica o que colabora para o atraso do diagnóstico, tratamento e, portanto, aumento de lesões em órgãos alvos. Recomenda-se o rastreamento a cada dois anos para pessoas com PA < 120/80 mmHg e rastreamento anual se a pressão sistólica estiver entre 120 e 139 mmHg ou a pressão diastólica entre 80 e 90 mmHg (BRASIL, 2010).

5.2 Fatores de risco.

A Hipertensão arterial sistêmica apresenta os seguintes fatores de risco: hereditariedade, idade, raça (fatores não modificáveis) e fatores modificáveis tais como o sedentarismo, tabagismo, excesso de sal, excesso de bebidas alcoólicas, peso e o estresse. A hipertensão é um dos fatores de risco cardiovasculares mais importantes mas sua patogênese não está completamente elucidada, mas é sabido que depende de uma interação entre fatores genéticos e ambientais (NASCIMENTO; GOMES; SARDINHA, 2011)

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) carrega maior risco de desenvolver hipertensão (BELTRÃO; PENA, 2013)

O estresse é também outro fator de risco e, segundo Lipp (2007), o treino de controle de estresse (TCS) na HAS tem sido objeto de estudos e indicam que é eficaz na modulação da reatividade cardiovascular em momentos de estresse emocional e que auxilia tanto na adesão ao tratamento quanto na reestruturação do modo de pensar, conduzindo a uma mudança estável e duradoura do estilo de vida, mais compatível com o autocuidado necessário no manejo das doenças crônicas.

O sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado de 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

A ingestão excessiva de sal se relaciona ao desenvolvimento de hipertensão. “Indivíduos normotensos com elevada sensibilidade à ingestão de sal apresentaram incidência cinco vezes maior de HAS em 15 anos, quando comparados àqueles com baixa sensibilidade” (MINAS GERAIS, 2013, p., 26).

Em relação ao consumo de álcool, na ocorrência de uso por períodos prolongados de tempo, ele pode aumentar a pressão arterial, devendo assim, ser abatido (MINAS GERAIS, 2013).

5.3 Tratamentoda HAS

A pressão arterial elevada (HBP) é um fator de risco cardiovascular responsável pela alta morbidade e mortalidade cardiovascular. A fim de conseguir uma melhor prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da hipertensão, realizaram-se campanhas de divulgação de cidadania e foram realizados inúmeros programas de treinamento científico (ROMERO et al., 2000).

O objetivo do tratamento é reduzir a morbidade e mortalidade cardiovascular. Isto é conseguido por meio da normalização da pressão arterial e do controle de outros fatores de risco cardiovascular. Dessa forma, o tratamento da hipertensão pode ser feito de duas maneiras, por um lado, a aquisição de hábitos de vida saudáveis, o que exige participação ativa da pessoa hipertensa e, por outro lado, o uso de drogas. Estas poderão ser reduzidas quando o paciente adquire hábitos saudáveis (CASTRO; ROLIM;. MAURICIO,2005).

Contudo, sabe-se que é desafio para a equipe de saúde conseguir que o paciente hipertenso acate, integralmente, a terapia não medicamentosa no tratamento da HAS. Conforme afirmam Castro, Rolim e Maurício (2005, p.189):

[...]alterar hábitos é tarefa difícil, sobretudo os alimentares. Porém, a mudança de estilo de vida está relacionada a ações educativas e a necessidade imperiosa de cada indivíduo frente aos seus problemas de saúde e a sua resolução de querer atingir seu nível funcional ótimo.

No que diz respeito ao tratamento medicamentoso, sua prescrição deve-se pautar em alguns princípios gerais e deve ser indicada terapêutica medicamentosa juntamente com educação do paciente que deverá receber orientações claras desde a obrigação de uso contínuo, até a necessidade de ajuste de doses, troca ou associação de medicamentos, não se esquecendo de alertar sobre os possíveis efeitos colaterais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Ainda de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016, p. 35), um medicamento para ser indicado deverá, preferencialmente:

- Ter demonstrado a capacidade de reduzir a morbimortalidade CV;
- Ser eficaz por via oral;
- Ser bem tolerado;
- Poder ser usado no menor número de tomadas por dia;
- Ser iniciado com as menores doses efetivas;
- Poder ser usado em associação;
 - Ser utilizado por um período mínimo de quatro semanas, antes de modificações, salvo em situações especiais;
- Ter controle de qualidade em sua produção.

5.4 Adesão ao tratamento

Barreto et al. (2015) referem que agravos que surgem com a HAS encontram-se associados além da falta de controle pressórico, a baixa adesão ao tratamento que se associa diretamente ao descontrole pressórico.

O abandono do tratamento por hipertensos é um fenômeno que é observado em todo o mundo e por todas as faixas etárias, independentemente do nível cultural, crença, etnia ou status socioeconômico, em nossa prática médica, é um fenômeno que é repetido com muita frequência (CZUBAJ, 2013).

De acordo com Czubaj (2013) uma estimativa conservadora da Sociedade Argentina de Hipertensão Arterial (SAHA) revela que uma em cada duas pessoas que descobrem que são hipertensas está abandonando o tratamento antes de seis meses. Essa situação pode ser ainda maior se considerar as recomendações para incorporar atividade física, perder peso, parar de fumar ou retirar sal da alimentação o agitador de sal.

Barreto et al. (2015, p. 66) chamam a atenção para ações que poderão minimizar a falta de adesão ao tratamento; São elas: “ Desenvolver atividades educativas sobre a doença e o tratamento, com utilização de linguagem acessível à população, o que acarreta em participação mais ativa dos usuários e convivência saudável destes com a terapêutica”, dentre outras.

5.5 Ações de prevenção e controle

A partir da nossa experiência como médico, especialista em medicina familiar e Atenção Primária em Saúde, podemos dizer que, dentro das medidas de prevenção e promoção da saúde, embora todas elas sejam de grande importância, o contato direto, face a face, que é realizado durante a consulta na unidade ou na visita domiciliar, facilita a adesão ao tratamento pois a família é participante importante no apoio à adesão e, portanto, no resultado positivo, precoce e duradouro do tratamento.

O Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de La Hipertensión Arterial, faz as seguintes indicações relativas à prevenção e controle da hipertensão para reduzir sua morbidade e mortalidade:

1. Aumentar as ações primárias de prevenção relacionadas à Hipertensão Arterial.
2. Aumentar o rastreio de casos que sofrem de Hipertensão Arterial
3. Diagnosticar os casos de hipertensão arterial secundária
4. Controlar os níveis da pressão sanguínea em pacientes hipertensos.
5. Implementar o Programa Nacional de Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial em todo o Sistema Nacional de Saúde.
6. Aumentar a educação para a população, sobre a importância da prevenção e controle da Hipertensão arterial(MINISTERIO DA SAÚDE PÚBLICA , 1999).

Reafirmamos mais uma vez que a relação médico/paciente é a base de sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo e adesão ao tratamento. Essa adesão é reforçada quando se tem uma equipe multidisciplinar, onde todos dialogam e buscam facilitar a adesão ao tratamento antihipertensivo e, assim, obter melhoria da hipertensão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A partir desse estudo teórico e do conhecimento da nossa área adscrita, realizaremos promoção e prevenção da saúde em nossa UBS, tais como: capacitação dos agentes de saúde da comunidade sobre o tema de estudo para transmiti-lo à população durante a visita familiar, face a face, palestras, propagandas gráficas, dentre outras que nos permitem diminuir as complicações, danos à saúde do paciente hipertenso.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para esta proposta de intervenção, reafirmamos que os dois primeiros passos foram apresentados na introdução deste TCC.

6.1 Terceiro passo: descrição do problema

A Hipertensão Arterial é uma doença e seus fatores de risco predispõem as pessoas hipertensas a diversas complicações e danos à saúde como um todo, encontrando-se, inclusive, conforme literatura estudada, relacionada às principais causas de morte, tanto nos países do primeiro mundo como em países em desenvolvimento. Sendo assim, torna-se pertinente realizar uma intervenção comunitária para aumentar a adesão ao tratamento dos hipertensos.

6.2 Quarto passo: explicação do problema

Neste trabalho, a baixa adesão de pacientes hipertensos ao tratamento anti-hipertensivo e que afeta a qualidade de vida desse grupo de nossa área de abrangência, pois aumenta as complicações e danos à saúde requer busca de solução deste problema através da elaboração de operações e projetos educativos que possam auxiliar nossos usuários no tratamento efetivo da HAS.

6.3 Quinto passo: seleção dos nós críticos

Os nós críticos identificados para a má adesão ao tratamento das HAS são:

- 1- Hábitos e estilo de vida inadequados
- 2-Baixo nível educacional da população.
- 3- Desconhecimento da equipe de saúde dos usuários de maior vulnerabilidade.

6.4 Sexto passo: desenho das operações

As ações serão apresentadas de acordo com cada nó crítico identificado

No Quadro 1 tem-se as operações/projetos, resultados e produtos esperados para o nó crítico 1.

Quadro 1 – Operações para o nó crítico 1 “Hábitos e estilo de vida inadequados” dos usuários da Estratégia de Saúde da Família de Forquilha, Minas Novas, Minas Gerais, 2017

Nó crítico 1	Hábitos e estilo de vida inadequados
Operação	Criar grupos operativos para promover discussões entre os usuários e profissionais de saúde com vistas à promoção de mudança dos hábitos e dos estilos de vida dos pacientes com HAS.
Projeto	<i>Mudando de vida</i>
Resultados Esperados	Redução da obesidade, do sedentarismo, da alimentação inadequada e conseqüente melhoraria da qualidade de vida; ,diminuição ou cessação do tabagismo.
Produtos Esperados	Usuários mais conscientizados e atividades educativas em funcionamento. Equipe de saúde sensibilizada para promover os grupos operativos.
Recursos Necessários	Estrutural: local para realização das atividades educativas Cognitivo: profissionais de saúde e usuários com maiores conhecimentos a respeito da HAS, suas complicações e riscos. Financeiro: verba para aquisição de cartazes, panfletos informativos, material audiovisual. Político: mobilização da equipe e dos usuários hipertensos.
Recursos críticos	Estrutural: organização da agenda programada Político: sensibilizar equipe de saúde e busca de recursos para aquisição de materiais de apoio aos grupos operativos.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Secretário municipal de Saúde, Coordenação de atenção primária e Equipe de saúde da família. Motivação: Favorável.
Ações estratégicas	Apresentar à equipe de saúde e à Coordenação de atenção primária.
Prazo	Doismeses para apresentação do projeto e para iniciar os grupos operativos.
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médica e enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Relatório de avaliação das causas de abandono ou não adesão ao tratamento.

Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico 2 relacionado ao problema Baixo nível de informação da Estratégia de Saúde da Família de Forquilha, Minas Novas, Minas Gerais, 2017

Nó crítico 2	Baixo nível educacional da população.
Operação	Aumentar o conhecimento da população sobre HAS. Usuários com maiores conhecimentos da HAS e suas complicações..
Projeto	<i>Eu sei, eu faço</i>
Resultados Esperados	População mais esclarecida a respeito da HAS. Grupos educativos em funcionamento.
Produtos Esperados	Realização de campanhas educativas de promoção da saúde e de prevenção da HAS. Palestras na unidade de saúde e educação educativa; Grupos de usuários hipertensos cadastrados.
Recursos Necessários	Estrutural: local para realização dos grupos e campanhas. Cognitivo: maior conhecimento da HAS Financeiro: cartazes, panfletos, materiais audiovisuais. Político: disponibilidade de funcionários para as campanhas.
Recursos críticos	Estrutural: organização da agenda programada Político: sensibilizar equipe de saúde e busca de recursos para aquisição de materiais de apoio aos grupos operativos.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Equipe de saúde da família. Motivação: Favorável.
Ações estratégicas	Apresentar à equipe de saúde e à Coordenação de atenção primária.
Prazo	Dois meses para apresentação do projeto e para iniciar os grupos operativos.
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médica e enfermeira; Agentes Comunitários de Saúde
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Verificar, mensalmente, como usuários participantes dos grupos educativos como se sentem participando, o que mudaram e aferir pressão antes e depois de cada reunião. Fazer acompanhamento dos níveis pressóricos de mês em mês. Relatório de avaliação da adesão às reuniões e ao tratamento.

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico 3 relacionado ao problema População de maior vulnerabilidade da Estratégia de Saúde da Família de Forquilha, Minas Novas, Minas Gerais. Operações Ações desenvolvidas Nó Crítico 3 População de maior vulnerabilidade.

Nó crítico 3	Desconhecimento da equipe de saúde dos usuários de maior vulnerabilidade.
Operação	Identificar usuários com maior vulnerabilidade para complicações da HAS. Identificar, nos prontuários, possíveis usuários com problemas de hipertensão ou pressão alta, sem acompanhamento mensal.
Projeto	<i>Identificando para cuidar</i>
Resultados Esperados	Usuários hipertensos identificados; Consultas com especialistas e acessibilidade ao atendimento médico, quando necessário; Prescrição de medicamentos acessíveis, quando for o caso. Usuários hipertensos identificados participando das grupos educativos.
Produtos Esperados	Todos os hipertensos da nossa área participando ativamente das ações educativas ofertadas pela equipe de saúde. Todos os hipertensos monitorados mensalmente.
Recursos Necessários	Estrutural :local para verificação dos prontuários e identificação dos hipertensos. Financeiro: custeio para exames, aparelho de aferição de PA, medicações, consultas especializadas. Político: articulação entre os níveis de atenção, disponibilização de exames, mobilização social.
Recursos críticos	Político: sensibilizar secretário de saúde para compra de medicamentos, aparelhos de pressão e interlocução com a rede de atenção secundária e de diagnóstico. .
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Equipe de saúde da família. Motivação: Favorável.
Ações estratégicas	Apresentar à equipe de saúde e ao Secretário de saúde e á Coordenação de atenção primária.
Prazo	Dois meses para apresentação do projeto e para iniciar os grupos operativos.
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médica e enfermeira; Agentes Comunitários de Saúde
Processo de monitoramento e avaliação das	Após dois meses, analisar os prontuários e dados dos atendimentos. Identificar os usuários que não fazem

operações	acompanhamento e buscá-los ativamente Relatório de avaliação da participação dos usuários às reuniões e ao tratamento.
------------------	---

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão é uma doença e um importante fator de risco relacionado com as principais causas de morbidade, anos de vida perdida e mortalidade em todos os países.

Destaca-se que hoje, várias condições existentes como os alimentos refinados, ricos em energia, em conserva, retrabalhados, reaquelados, dentre outros levam a hábitos alimentares pouco saudáveis. Outro fator que merece desta que é o desenvolvimento socioeconômico, o uso de transportes coletivos, ônibus , trens, táxis e aviões e outros meios de transporte que facilitam o sedentarismo das pessoas.

Não devemos nos esquecer de que, em decorrência disso, algumas pessoas têm vida sedentária, obesidade, hiperlipidemia e Diabetes Mellitus com possíveis riscos cardiovasculares.

Daí, a necessidade de se fazer prevenção através de educação consciente, humana e de mudança efetiva na dia a dia das pessoas com HAS. O conhecimento adquirido pelos pacientes hipertensos permite que atuem sobre a própria doença oque os levará à prática sistemática de exercícios físicos, o consumo de alimentação saudável e mudanças no estilo de vida.

REFERÊNCIAS

BARRETO, M. da S. et al . Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 1, p. 60-67, fev. 2015

BELTRÃO, F.L.L.; PENA, P.G. L.Associação entre Síndrome Metabólica e saúde no trabalho: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. V.11, n. 1, p. 3-18, 2013.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P. de.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

CASTRO, M.E. .; ROLIM, M. O.; MAURICIO, T. F. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 18, n. 2, p. 184-189, 2005

CZUBAJ, F. **Hipertensión: La mitad de los pacientes abandona el tratamiento..**2013. Disponível em:www.lanacion.com.ar/1620542-hipertension-la-mitad-de-los-pacientes-abandona-el-tratamiento. Acesso em:janeiro de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Minas Gerais**. 2010. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/>

LIPP, M.E. N. Controle do estresse e Hipertensão Arterial Sistêmica **RevBrasHipertens** v.14, n. 2, p.89-93, 2007

MARTÍN, J.R; TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, 2018..Disponível em: www.webconsultas.com/hipertension/tratamiento-de-la-hipertension-356. Acesso em:janeiro de 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção à Saúde do Adulto: Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica**. 3 ed. atualizada, Belo Horizonte, 2013.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de laHipertensión Arterial. **Rev Cubana**

MedGenIntegr, Ciudad de La Habana , v. 15, n. 1, p. 46-87, 1999 . Acesso em:janeiro de 2018

NASCIMENTO, J. S. GOMES, B; SARDINHA, A.H. L.Fatores de risco modificáveis para as Doenças Cardiovasculares em mulheres com Hipertensão Arterial. **Rev Rene**, v.12, n. 4, p. 709-15,2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MINAS NOVAS, 2017. Disponível em: www.minasnovas.mg.gov.br. Acesso em : janeiro de 2018

RADOVANOVIC, C. A. T. et al. Hipertensão Arterial e outros fatores de risco associados às doenças Cardiovasculares em adulto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.22,n. 4, p. 547-53, 2014.Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf. Acesso em:janeiro de 2018

ROMERO, F. L. et al. Guías de Práctica Clínica de La Sociedad Española de Cardiología en Hipertensión Arterial. **RevEspCardiol**. V.53, n.1, p. 66 – 90,2000;

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.107, n.3, supl.3, 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1, suppl.1, p.51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 89, n. 3, p. e24-e79, 2007.