

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
FACULDADE DE MEDICINA NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Maurício Ferreira Álvares Filho

PLANO DE AÇÃO PARA PREVENIR E CONTROLAR A
HIPERTENSÃO ARTERIAL DOS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE TERRAS ALTAS NO MUNICÍPIO DE MARMELÓPOLIS
MINAS GERAIS

BOM DESPACHO

2020

Maurício Ferreira Álvares Filho

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENIR E CONTROLAR A
HIPERTENSÃO ARTERIAL DOS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE TERRAS ALTAS NO MUNICÍPIO DE MARMELÓPOLIS
MINAS GERAIS**

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.

Orientador: Alexandre Ernesto Silva

BOM DESPACHO

2020

Maurício Ferreira Álvares Filho

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENIR E CONTROLAR A
HIPERTENSÃO ARTERIAL DOS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE TERRAS ALTAS NO MUNICÍPIO DE MARMELÓPOLIS
MINAS GERAIS**

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.

Orientador: Professor Alexandre Ernesto Silva

Banca examinadora

Professor:

Professor (a). Nayara Ragi Baldoni, Doutora, Universidade de Itaúna (UIT)

Aprovado em Belo Horizonte, em 20 de agosto de 2020.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que me apoiam e contribuem para meu aprendizado.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, irmãos, namorada, e toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até essa etapa de minha vida.

RESUMO

O estudo objetivou descrever o perfil dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica que procuram atendimento na atenção primária de saúde do município de Marmelópolis, Minas Gerais. Esta pesquisa mostra uma maior prevalência de hipertensão no nível público, onde também houve o registro. O trabalho permitiu olhar a realidade da área de abrangência da UBS Terras Altas com relação aos fatores de risco e as complicações da HAS, constando a realidade não muito diferente da Brasileira em geral. A estratégia de intervenção proposta é fundamental na obtenção de uma melhor qualidade de vida da população da área de abrangência. Os resultados até agora obtidos confirmam o impacto positivo da implementação das Estratégias de Saúde, estratégias estas que priorizam as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral, contínua. Para levantar os problemas vivenciados pela população na área de abrangência da Unidade de Saúde Terras Altas, foi realizado pela equipe o diagnóstico de saúde. As informações foram obtidas por meio da Estimativa Rápida, trabalhando com os prontuários, entrevistas com representantes da comunidade e observação ativa da área. Também nas reuniões semanais/quinzenais, cada membro da equipe de saúde expunha quais problemas mais relevantes, chegando ao consenso da morbimortalidade e o não controle dos pacientes hipertensos que permitiu identificar os problemas e compreendê-los melhor. Para buscar um embasamento teórico sobre o tema foi necessário recorrer a dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), além de pesquisa em livros e revistas, nas publicações do Ministério de Saúde com publicações entre 1998 e 2013.

Palavras-chave: Hipertensão. Estratégia. Saúde da família. Saúde. Comunidade.

ABSTRACT

The study aimed to describe the profile of patients with Systemic Arterial Hypertension who seek care in primary health care in the municipality of Marmelópolis, Minas Gerais. This research shows a higher prevalence of hypertension at the public level, where there was also a record. The work allowed us to look at the reality of the area covered by UBS Terras Altas in relation to the risk factors and complications of SAH, including the reality not very different from that of Brazil in general. The proposed intervention strategy is fundamental in achieving a better quality of life for the population in the area covered. The results obtained so far confirm the positive impact of implementing Health Strategies, strategies that prioritize the prevention, promotion and recovery of people's health, in an integral, continuous manner. To raise the problems experienced by the population in the coverage area of the Terras Altas Health Unit, the health diagnosis was carried out by the team. The information was obtained through the Rapid Estimate, working with the medical records, interviews with representatives of the community and active observation of the area. Also in weekly / biweekly meetings, each member of the health team exposed which problems were most relevant, reaching a consensus on morbidity and mortality and the lack of control of hypertensive patients, which allowed them to identify the problems and understand them better. In order to seek a theoretical basis on the subject, it was necessary to use data from the Virtual Health Library, Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), in addition to research in books and magazines, in Ministry of Health publications with publications between 1998 and 2013.

Keywords: Hypertension. Strategy. Family Health. Health. Community.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Número de Pessoas Atendidas	11
Quadro 2: População atendida na Unidade Básica de Saúde Terras Altas, no município de Marmelópolis, Minas Gerais.....	12
Quadro 3: Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “de Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Terras Altas do município Marmelópolis em Minas Gerais	29
Quadro 4: Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “de Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Terras Altas do município Marmelópolis em Minas Gerais	31
Quadro 5: Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “de Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Terras Altas do município Marmelópolis em Minas Gerais	31
Quadro 6: Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “de Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Terras Altas do município Marmelópolis em Minas Gerais	33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Aspectos Gerais da Comunidade	11
1.2 Aspectos Demográficos do município de Marmelópolis, Minas Gerais	11
1.3 Aspectos Epidemiológicos.....	12
1.4 Sistema Municipal de Saúde	13
1.5 Unidade Básica de Saúde Terras Altas.....	13
1.6 Equipe de Saúde da Família Terras Altas	13
1.7 Funcionamentos da Unidade de Saúde	14
1.8 O Dia a dia da equipe da UBS Terras Altas	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. Breve Conceituação sobre Hipertensão Arterial.....	19
5.2 Fatores De Riscos.....	20
5.2.1 Fatores de risco não modificáveis	20
5.2.2 Fatores de risco modificáveis	21
5.3 Tratamento não Farmacológico da Hipertensão Arterial Sistêmica.....	22
5.4 Caracterizando adesão ao Tratamento Farmacológico.....	26
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	28
6.1 Descrição do Problema Selecionado	28
6.2 Explicação do Problema.....	28
6.3 Seleção dos Nós Críticos	28
6.4 Desenho das Operações sobre Nós Críticos	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui-se em uma condição clínica multifatorial que é caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos \geq ou \geq a 140 e/ou 90 mmHg. Associado a isso pode-se encontrar com frequência alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo tais como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos. Além disso, ela é agravada pela presença de fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Hoje em dia muito se tem abordado sobre a HAS. Existem campanhas de conscientização para que as pessoas previnam o acometimento pela HAS e evitem as complicações decorrentes de uma adesão insuficiente ao tratamento farmacológico e o ao não farmacológico. Além disso, foi criado um programa de saúde com o intuito de acompanhar e tratar pacientes que possuem HAS. Esse programa é chamado de HIPERDIA e foi criado em 2002 como um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus (BRASIL, 2002).

O motivo da criação do HIPERDIA foi devido ao aumento considerável dos agravos em pacientes com doenças cardiovasculares. Esse programa iria facilitar o acompanhamento constante desses pacientes. Pois ele visa atacar fundo aos agravos mais frequentes, estabelecer metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias por favorecer a reorganização do trabalho de atenção à saúde, das unidades da rede básica dos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

Alguns estudos epidemiológicos têm identificado a associação positiva da HAS às características sociodemográficas, ao consumo de álcool, à ingestão de sódio, ao estresse, ao Diabetes *Mellitus*, à obesidade e ao sedentarismo (NASCENTE, et al., 2010).

Diante disso, analisando que a HAS é uma doença que acomete grande parte da população, e o seu crescimento deve-se a vários fatores de risco que propiciam seu aparecimento. Apresentando-se cada vez mais em populações mais jovens, constituindo-se a segunda causa de morte entre a faixa etária de 45-64 anos

e a terceira entre 25-44 anos e pela necessidade de se entender o porquê existem baixa adesão terapêutica não medicamentosa por parte dos pacientes portadores de hipertensão arterial, apesar de ser um assunto bastante discutido e trabalhado (CAVAGIONE, et al., 2009).

O intuito é elencar os fatores que influenciam ou não a procura dos pacientes com HAS a atendimento na atenção terciária. Com isso visamos relacionar o impacto desses fatores para que possam vir a contribuir no desenvolvimento e na adequação de programas de saúde, que trabalham com promoção e prevenção, no intuito de favorecer maior adesão terapêutica desses pacientes hipertensos, contribuindo para uma melhora na qualidade de vida, gerando assim uma redução nos agravos de saúde.

Atualmente a HAS tem atingido cerca de 30% dos indivíduos adultos do nosso país. A HAS constitui-se entre o grupo de doenças cardiovasculares como um dos principais fatores que mais ocasionam mortes. Alguns estudos têm apresentado indícios de que a HAS no adulto é uma patologia que se pode iniciar na infância (COSTANZI, et al., 2009). A HAS é a doença cardiovascular mais comum que afeta aproximadamente 20% da população adulta em muitos países. Ela está ligada à doença coronária, acidente vascular cerebral, disfunção renal e insuficiência cardíaca congestiva, e é um dos fatores de risco mais importantes para a mortalidade cardiovascular, responsável por 20-50% de todas as mortes. A HAS é conhecida como o "assassino silencioso", porque muitas pessoas têm não sintomas (CORDIES, 2010). No Brasil, hipertensão afeta mais de 30 milhões de brasileiros, destes, 36% de homens adultos e 30% das mulheres, e é o mais importante para o desenvolvimento de fator de risco de doença cardiovascular, incluindo AVC e infarto do miocárdio, representando as duas principais causas de mortes no país. A HAS é considerada tanto uma doença e um fator de risco, ocorrendo como um grande desafio para a saúde pública, como a doença cardiovascular é a principal causa de morte no Brasil (FERREIRA, 2009). Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 e início dos anos 90, revelam valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste (SOUZA, 2007). Controlar a HAS é um grande desafio para o sistema de saúde brasileiro, e para a atenção

primária de saúde. Na UBS Terras Altas, este é um dos maiores problemas de saúde que atualmente demanda atenção e um melhor trabalho por parte da equipe de saúde. Muitas ações podem ser feitas no âmbito da atenção primária de saúde a fim de diminuir a morbimortalidade relacionada com a HAS. Justifica-se, portanto a realização deste trabalho, porque se faz urgente para os profissionais de saúde da família, que lidam diretamente com esta clientela, compreender melhor os riscos que estes estão correndo, no intuito de realizar um trabalho mais efetivo de esclarecimento, promoção e prevenção. Além disso, trata-se de uma forma de colocar em prática um modelo de saúde direcionado aos objetivos da unidade de saúde: um trabalho multi e Inter profissional, centrado na família e nas comunidades, centrada no usuário em detrimento do procedimento (COSTA et al., 2009).

1.1 Aspectos Gerais da Comunidade

Marmelópolis é uma cidade com 2.728 (estimativa do IBGE 2020), localizada ao sul de Minas Gerais, e distantes a 427 km da capital do estado. A cidade teve um decréscimo populacional na última década devido aos jovens mudarem de cidade em busca de emprego e estudos. A cidade integra o Circuito Turístico Caminhos do Sul de Minas e tem a totalidade de seu território pertencente à APA Serra da Mantiqueira, abrigando também uma Reserva Particular do Patrimônio Natural – RPPN (RPPN da Terra da Pedra Montada).

O município conta com grande parte de desempregados, sendo também alta a taxa de analfabetos.

A população apresenta hábitos e costumes relacionados a população rural e comemora em geral festas religiosas, em especial as festas juninas.

1.2 Aspectos Demográficos do município de Marmelópolis, Minas Gerais

Quadro 1: Número de Pessoas Atendidas

Faixa etária/ano	Masculino	Feminino	Total
< 1	10	8	18
1-4	36	38	74

5-14	112	105	217
15-19	70	103	173
20-29	155	142	297
30-39	158	140	298
40-49	176	164	340
50-59	190	192	382
60-69	128	110	238
70-79	50	80	130
≥ 80	36	30	66
TOTAL	1121	1112	2233

Fonte: pesquisa em prontuários da UBS

1.3 Aspectos Epidemiológicos

É possível conhecer o perfil epidemiológico da população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Terras Altas por meio da coleta de dados disponíveis no cadastro individual da população. Exemplos de dados disponíveis no cadastro:

Quadro 2: População atendida na Unidade Básica de Saúde Terras Altas, no município de Marmelópolis, Minas Gerais

Condição de saúde	Quantitativo
Hipertensos	571
Pessoas que fazem uso de álcool	266
Pessoas com sofrimento mental	240
Diabéticos	178
Fumantes	169
Gestantes	14
Acamados	12
Pessoas com doenças cardíacas	08
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	08
Pessoas com Câncer	06
Usuários de drogas	06
Pessoas com doença renal (Insuficiência renal, outras)	05

Pessoas que tiveram infarto agudo do miocárdio	04
Pessoas que tiveram AVC	0
Pessoas com hanseníase	0
Pessoas com tuberculose	0

Fonte: pesquisa em prontuários da unidade 2019

1.4 Sistema Municipal de Saúde

O sistema municipal de saúde do município conta somente com um UBS, onde atende, um médico, um dentista, um psicóloga, um nutricionista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e oito Agentes Comunitário de Saúde.

O município não possui hospital, laboratório, exames complementares em sua área.

1.5 Unidade Básica de Saúde Terras Altas

A Unidade Básica de Saúde Terras Altas está situada em uma das principais ruas da cidade de Marmelópolis MG. É um antigo ``hospital`` da cidade, adaptado para ser uma Unidade de Saúde. O imóvel é antigo, porém bem conservada. Sua área pode ser considerada adequado considerando a demanda e a população atendida pois o espaço físico é muito bem aproveitado.

A área destinada à recepção é ampla o que facilita o acesso dos pacientes. Existe espaço e cadeiras para todos, onde os usuários aguardam atendimento sentados, assistindo televisão. Existe sala de reuniões onde é discutida ações juntamente com a equipe que trabalha na unidade.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta da comunidade. A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, possui mesa ginecológica, glicosímetro, nebulizador, instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos.

1.6 Equipe de Saúde da Família Terras Altas

Os profissionais da equipe que compõe a equipe da unidade de saúde são: um médico, um enfermeiro; uma psicóloga, um nutricionista, dois dentistas, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, oito agentes comunitários de saúde, um agente de endemias, um auxiliar de serviços gerais

1.7 Funcionamentos da Unidade de Saúde

A Unidade de Saúde funciona das 7h:00 min às 16 h:00 min, para tanto, é necessário o apoio dos ACS que realizam visitas domiciliares diariamente. A unidade possui recepção e arquivo. A técnica de enfermagem realiza o trabalho na recepção e acolhimento dos pacientes. 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 da técnica de enfermagem nessas atividades, pela dificuldade de contratação de uma recepcionista.

Existe uma solicitação da comunidade para que o atendimento seja estendido até às 21 horas pelo menos em alguns dias da semana. Essa demanda se justifica, segundo a comunidade, entre outros motivos, pelo fato de existirem muitos trabalhadores rurais que retornam do trabalho no final da tarde e, por isso, têm dificuldade de acesso à Unidade de Saúde. Essa questão já foi objeto de várias reuniões entre a equipe, porém até o momento não existe proposta de solução.

1.8 O Dia a dia da equipe da UBS Terras Altas

O tempo da Equipe de saúde da UBS Terras Altas está ocupado quase que exclusivamente com as atividades relacionadas a função de cada um dentro da equipe. O Médico fica no atendimento a consultas agendadas, demanda espontâneos e visitas domiciliares além do atendimento/realização de alguns programas, como o Hiperdia; saúde bucal fica com a equipe de odontologia, onde as consultas são previamente marcadas pelos ACS. A psicóloga trabalha com agendamentos de consultas e grupos de risco, realizando palestras educativas além de suas consultas diárias.

A nutricionista trabalha com agenda marcada e também com palestras educativas. O enfermeiro coordena toda a equipe, além de realizar consultas de enfermagem e realização de programas.

A técnica de enfermagem realiza um trabalho duplo, sendo este de recepção e acolhimento/triagem dos pacientes. A auxiliar de enfermagem realiza a vacinação e controle de pacientes que necessitam ou deixaram de tomar vacinas, organizando toda essa estrutura do calendário vacinal.

Os ACS realizam visitas domiciliares diariamente, e auxiliam na recepção, organizando o arquivo.

2. JUSTIFICATIVA

A HAS é uma doença, silenciosa, que pode estar presente na vida de muitas pessoas, tanto no Brasil, como no mundo

De acordo com o Ministério da Saúde, a Vigitel - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, no ano de 2018, fez uma pesquisa e foi diagnosticado que:

A parcela da sociedade mais afetada é formada por idosos: 60,9% dos entrevistados com idade acima de 65 anos disseram ser hipertensos, assim como 49,5% na faixa etária de 55 a 64 anos. Essa última edição da pesquisa foi realizada por telefone com 52.395 pessoas maiores de 18 anos, entre fevereiro e dezembro do ano passado.

Para a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) são mais de 30 milhões de hipertensos, sendo que 30% desse total faz parte da população adulta brasileira. A hipertensão arterial ou pressão alta é uma doença crônica que tem como característica níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

As unidades básicas de saúde trabalham e fazem toda uma mobilização no sentido de melhor atender os pacientes com HAS e ajudá-los a ter qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Sendo a HAS uma doença que requer atenção desde o seu início, ela pode se agravar devido à falta de conhecimento e preparação sobre a mesma, assim como o modo de vida que as pessoas levam e os danos que podem causar sobre a saúde. A falta de exercícios físicos regulares, o tabagismo, os alimentos com altos níveis de sódio e gordura, etilismo e alterações psicoemocionais são fatores desencadeantes para a elevação das da pressão arterial, e de riscos para as doenças cardiovasculares (MIO JÚNIOR, 2002).

A Unidade de Saúde Básica Terras Altas tem 571 pacientes com HAS, ou seja um percentual de 19,99%, que diante do número de pacientes cadastrados e com outras patologias, é um número relevante.

Em reuniões semanais/quinzenais, cada membro da equipe de saúde expunha quais problemas mais relevantes, chegando ao consenso da morbimortalidade e o não controle dos pacientes hipertensos que permitiu identificar os problemas e compreendê-los melhor.

É preciso que os pacientes com HAS sejam estimulados e informados a terem melhor qualidade de vida e a fazer mudanças na rotina que poderão baixar a pressão arterial, visto que essas mudanças quando aplicadas melhoram o estilo de vida dos pacientes. É importante também orientá-los a diminuir a ingestão de sal, a controlar o peso, não fumar e praticar exercícios físicos, pois são medidas que ajudam a prevenir e diminuir as cifras da pressão arterial (OSVALDO, 1999; MORENO, 2015).

Assim, o estudo, através do plano de intervenção auxiliaria na melhoria da qualidade de vida dos pacientes hipertensos, oferecendo a estes e também aos seus familiares, informações sobre a doença, orientação para sua prevenção e controle, juntamente com medidas educativas através de palestras, atividades físicas, orientações nutricionais que poderiam minimizar os problemas decorrentes da hipertensão arterial.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica que procuram atendimento na atenção primária de saúde do município de Marmelópolis, Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a procura ao atendimento na atenção terciária
- Analisar a relação entre a presença de comorbidades e o controle pressórico
- Analisar a relação entre a adesão a terapêutica farmacológica e não farmacológica e a presença de complicações

4. METODOLOGIA

Para levantar os problemas vivenciados pela população na área de abrangência da Unidade de Saúde Terras Altas, foi realizado pela equipe o diagnóstico de saúde. As informações foram obtidas por meio da Estimativa Rápida, trabalhando com os prontuários, entrevistas com representantes da comunidade e observação ativa da área. Também nas reuniões semanais/quinzenais, cada membro da equipe de saúde expunha quais problemas mais relevantes, chegando ao consenso da morbimortalidade e o não controle dos pacientes hipertensos que permitiu identificar os problemas e compreendê-los melhor. Para buscar um embasamento teórico sobre o tema foi necessário recorrer a dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), além de pesquisa em livros e revistas, nas publicações do Ministério de Saúde com publicações entre 1998 e 2013. Também foram coletados dados secundários em sites específicos como IBGE, SIAB e HIPERDIA. Utilizando-se os descritores: hipertensão arterial, fatores de riscos e Estratégias de saúde de família. Após a revisão narrativa da literatura, foi elaborado um plano de intervenção para o controle dos pacientes hipertensos da área de abrangência da UBS Terras Altas do município de Marmelópolis. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme os textos da seção 1 do Módulo de Iniciação à metodologia e seção 2 do Módulo de Planejamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1. Breve Conceituação sobre Hipertensão Arterial

A HAS é considerada como uma doença que se associa a um agregado de distúrbios metabólicos, entre eles estão: a obesidade, o aumento da resistência à insulina e o diabetes mellitus (ROSÁRIO, et al., 2009). Os principais fatores de risco da HAS são distribuídos entre não modificáveis e modificáveis (estilo de vida, tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada), entre eles associa-se a obesidade e o excesso de peso. Já a história familiar é classificada como um fator de risco não modificável (BORGES, et al., 2008).

A HAS tem sido considerada como uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Ela é caracterizada como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doença vascular cerebral, insuficiência renal e cardíaca e doença arterial coronariana (BORGES, et al., 2008).

Dentre alguns fatores envolvidos na fisiopatogênese da hipertensão arterial, um terço deles podem ser atribuídos aos fatores genéticos (BARRETO, FILHO E KRIEGER, 2003).

Um estudo realizado no Brasil, onde foram avaliados 43 adolescentes, identificou que os filhos de pais hipertensos apresentam aumento das pressões sistólicas e diastólicas, bem como perfil lipídico desfavorável (KUSCHNIR E MENDONÇA, 2007).

Nesse contexto a hipertensão pode assim ser avaliada:

Acontece quando os valores máximo e mínimo são iguais ou ultrapassam os 140/90 mmHg (ou 14 por 9), fazendo com que o coração exerça um esforço maior do que o normal para fazer a distribuição do sangue no corpo. A doença é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de acidente vascular cerebral (AVC), enfarte, aneurisma arterial e insuficiência renal e cardíaca. A prevenção está ligada a uma dieta equilibrada e a realização de atividades físicas.

Foi verificado que a menopausa e a idade elevada constituem como fatores de risco biológico associados para a hipertensão arterial (LESSA, et al., 2006). Em um estudo realizado por Martin et al (2004), foi verificada associações positivas e significantes da hipertensão arterial sistêmica com etnia negra, diabetes, sobrepeso, obesidade central, menopausa e idade superior a 40 anos.

Analisando outros estudos verificamos que as taxas de morbidade e mortalidade associadas a qualquer nível de pressão arterial são menores nas mulheres do que nos homens até os 45 anos (TOLEDO, RODRIGUES E CHEISA, 2007).

5.2 Fatores De Riscos

Ridker, Genest e Libby (2003) mostram que a genética é um dos fatores de riscos, pois o risco de desenvolver doenças está na características da pessoa. Os fatores de risco podem ser especificados como modificáveis e os não modificáveis. Dentre esses fatores de risco, os mais relevantes são a obesidade, tabagismo, HAS, diabete mellitus e dislipidemia (SANTOS et al., 2001).

Para a Organização Mundial de Saúde - OMS, os fatores de risco (FR), se dividem em dois grupos. O primeiro está relacionado com as características do indivíduo (idade, sexo, herança genética); estilo de vida (tabagismo, etilismo, sedentarismo e dieta inadequada) e agentes biológico (HAS), Diabetes *Mellitus* e hipercolesterolemia). Já o segundo grupo associa-se às condições socioeconômicas culturais e ambientais (NOBRE et al., 2006).

5.2.1 Fatores de risco não modificáveis

Segundo Pessuto e Carvalho (1998) ao associar idade e sexo, nota-se que a HAS acomete com maior frequência o sexo masculino, porém, devido às mudanças de hábitos das mulheres, essa frequência tem diminuído, pois entre as mulheres, com idade de 30 anos, que fumam e usam o anticoncepcional, têm mais hipertensas. No entanto, no homem, ela surge depois dos 30 anos e na mulher, após a menopausa.

Tanto no homem como na mulher, a frequência da hipertensão eleva com o aumento da idade, mas os homens jovens têm pressão arterial mais elevada que as mulheres, porém após a meia idade há uma reversão, ou seja, as mulheres ficam mais hipertensas (PESSUTO; CARVALHO, 1998).

Os autores supracitados lecionam que em relação a raça negra é mais atingida, com maior incidência de hipertensão arterial na faixa etária entre 35 a 44 anos.

Corroborando com Pessuto e Carvalho (1998), Mano (2009) mostra que estudos demonstram, na raça negra, a hipertensão evolui e se complica grave e frequentemente.

As variações genéticas, ou seja, a genética, também contribuem na determinação dos níveis de pressão arterial de um indivíduo, pois nota-se que entre pai e filhos ou entre irmãos, a hipertensão arterial é um fator existente (KRIEGER e PEREIRA, 2008).

5.2.2 Fatores de risco modificáveis

Segundo Corrêa et al. (2006), o aumento da ingestão de sódio tem maior probabilidade de elevar a pressão arterial do que o aumento do consumo de água. Isso acontece porque a água pura é normalmente excretada pelos rins quase que rapidamente quando é ingerida, já o sal não é excretado com tanta rapidez. Carballosa (2015) mostra que devido ao acúmulo de sal no organismo, o volume de líquido extracelular vai se elevando e isso acontece:

Quando existe excesso de sal no organismo, a osmolalidade dos líquidos corporais aumenta o que, por sua vez, estimula o centro da sede, motivando o indivíduo a ingerir quantidades adicionais de água para diluir o sal extracelular até a sua concentração normal. Esse processo aumenta o volume de líquido extracelular; aumento da osmolalidade do líquido extracelular também estimula o mecanismo secretor do hipotálamo – hipófise posterior a secretar quantidades aumentadas de hormônio antidiurético. Por sua vez, o hormônio antidiurético induz os rins a reabsorver quantidade acentuadamente aumentada de água do líquido tubular renal, diminuindo, assim, o volume excretado de urina e aumentando, ao mesmo tempo, o volume de líquido extracelular (CARBALLOSA, 2015, p.31).

De acordo com Suarez et al. (2002) a obesidade gera desequilíbrio entre energias ingeridas e energias gastas, e com isso elevam-se os gastos com a saúde. A HAS é mais frequente em indivíduos com sobrepeso ou obesos, por isso a importância de acompanhamento nutricional, pois em cada quilo perdido diminuiria um milímetro de mercúrio da pressão arterial (ZAITUNE et al. 2006). As dietas calóricas e o sedentarismo são os principais fatores para o aumento da obesidade, e fator de risco a HAS. O acompanhamento nutricional precisa estar no programa preventivo pois ajudaria na redução da incidência da hipertensão arterial (GALVÃO; KOHLMANN, 2002; ZAITUNE et al. 2006)

O sedentarismo é um fator preponderante na condição de ser um prenunciador das DCV, visto que é um causador de elevadas taxas de mortalidade em indivíduos sem condicionamento físico, tendo as mulheres como principais vítimas (SUAREZ, 2002). Os hipertensos precisam fazer atividade física regular, pois além de ajudar na diminuição da pressão arterial, pois o exercício pode reduzir significativamente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, e ainda contribui no controle do peso (BRASIL, 2020).

O tabagismo é outro fator importante para o desenvolvimento das DCV, pois é de conhecimento de todos que o uso do tabaco além de causar prejuízos à saúde pode desencadear várias doenças, entre elas as doenças cardiovasculares. O fumante é sempre predisposto a desenvolver doenças cardiovasculares e o ato de parar com o tabaco é a medida mais eficaz para diminuir a incidência das DCV e ter uma melhor qualidade de vida (SANTOS; LIMA, 2009; NASCIMENTO; MENDES, 2002).

O alcoolismo é outro agravante para a HAS, pois o aumento das taxas de álcool no sangue faz elevar “a pressão arterial lenta e progressivamente, na proporção de 2 mmHg para cada 30 ml de álcool etílico ingeridos diariamente, sendo que quando suspenso, as cifras reverterem” (PESSUTO e CARVALHO, 1998, p. 35).

Há estudos que associam o abuso de álcool pode estar associado à pressão alta. O importante é usá-lo com moderação (CORRÊA et al., 2006).

5.3 Tratamento não Farmacológico da Hipertensão Arterial Sistêmica

O tratamento anti-hipertensivo medicamentoso visa prevenir a morbidade e reduzir a mortalidade cardiovascular associadas à hipertensão arterial sistêmica. O tratamento não farmacológico também reduz a pressão arterial e quando associado ao tratamento farmacológico pode melhorar a sua eficácia. Portanto, para o tratamento da HAS deve-se associar o tratamento farmacológico e o não farmacológico (NOBRE et al, 2013).

O tratamento não medicamentoso (TNM) da HAS envolve um conjunto de medidas, dentre elas temos: Controle ponderal, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo e controle de estresse, por exemplo. O aumento do peso corporal está diretamente relacionado ao aumento da pressão arterial tanto em adultos quanto em crianças. Essa relação de sobrepeso e alteração dos níveis pressóricos já pode ser observada a partir dos 8 anos de idade. Em relação ao padrão alimentar para que se tenha um nível pressórico ideal, é necessário que se adote um plano alimentar saudável e sustentável, pois dietas radicais contribui para que ocorra o abandono ao tratamento. Quando falamos em atividades físicas, estamos nos referindo a qualquer movimento corporal que aumente o gasto energético, o que pode incluir andar na rua, subir escadas, fazer trabalho físico doméstico e atividades físicas de lazer. A cessação do tabagismo é importante pois aumenta o risco para mais de 25 doenças, incluindo as doenças cardiovasculares. Além disso, o tabagismo contribui significativamente para a interrupção do uso de medicamentos anti-hipertensivos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A escolha do melhor tratamento para cada paciente deve levar em conta, além dos valores da pressão arterial, a presença ou não de lesões em órgãos-alvo e de fatores de risco cardiovasculares associados. É necessário considerar também as condições de vida da pessoa, as doenças associadas e o entendimento que elas têm do seu problema de saúde (FARJADO, 2006).

O período de tempo indicado para que as modificações de estilo de vida isoladamente sejam realizadas em pacientes com HAS e naqueles com comportamento limítrofe da pressão arterial, com baixo risco cardiovascular, é de no máximo seis meses. Caso não respondam a essas medidas após três meses, uma

nova avaliação, em seis meses, deve ser feita para confirmar o controle da pressão arterial. Se esse controle não ocorrer, é indicado a associação do tratamento medicamentoso ao não medicamentoso (NOBRE et al, 2013).

Dispomos de várias estratégias que podemos usar para conseguir que os pacientes alcancem essas mudanças de estilo de vida, dentre elas temos as atividades em grupo com uma abordagem de uma equipe multidisciplinar composta por: médicos, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos, por exemplo. E também a realização de atividades educativas (FARJADO, 2006).

O controle ponderal tem sido uma das medidas importantes no tratamento não medicamentoso da HAS porque a deposição visceral de gordura está mais fortemente relacionada com as alterações metabólicas e hemodinâmicas nos indivíduos obesos do que a obesidade global. Nos indivíduos obesos e com HAS encontra-se com frequência alterações hemodinâmicas que se caracterizam por aumento da atividade do sistema nervoso simpático, redução da atividade da renina plasmática, expansão do volume plasmático, débito cardíaco elevado e resistência vascular periférica diminuída (RIBEIRO. *et al*, 2000).

Uma condição de maior morbimortalidade cardiovascular é a presença de hipertrofia cardíaca. A obesidade tem sido considerada um fator de risco independente para essa condição porque um indivíduo obeso possui aumento da massa corpórea que requer um incremento nas necessidades metabólicas por parte do tecido adiposo, isto ocasiona elevação do débito cardíaco que associado à sobrecarga de volume promove o aumento da massa cardíaca (RIBEIRO, F. et al, 2000).

A definição de Hipertrofia Ventricular Esquerda (HVE) é de 131 g/m² de superfície corporal para homens e 100 g/m² de superfície corporal para mulheres. Porém, outros autores defendem a correção da massa cardíaca pela altura e não pela superfície corporal, uma vez que pacientes obesos podem ter uma HVE subdiagnosticada em decorrência do peso excessivo (RIBEIRO, F. et al, 2000).

Nos últimos anos, a ingestão de sódio através da alimentação na maioria dos países tem sido excessiva, variando entre 9 a 12 g por pessoa/dia (BROWN ET AL, 2013, A apud MARTELLI A et al., 2013). O Brasil está entre os maiores

consumidores de sal do mundo, com média de ingestão de 15,09 gramas diários (Salas, 2009 apud MARTELLI, A. 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a ingestão diária de sódio para adultos seja de no máximo 5 g, o que equivale a 200mg de sódio. No caso das crianças e adolescentes, esse limite máximo de sódio diminui pois são populações vulneráveis (Nilson, et al., 2012 apud MARTELLI, A. 2013).

O exercício físico é caracterizado como uma atividade realizada com repetições sistemáticas de movimentos orientados, com conseqüente aumento no consumo de oxigênio devido a solicitação muscular, gerando trabalho. Ele representa um subgrupo de atividade física planejada com a finalidade de manter o condicionamento. A prática de exercício físico provoca uma série de respostas fisiológicas nos sistemas corporais e, em especial, no sistema cardiovascular. Pacientes com HAS fisicamente treinados, especialmente quando através de exercícios predominantemente aeróbios e dinâmicos, tendem a apresentar uma redução modesta, porém clinicamente relevante, de seus níveis tensionais. A prática regular de exercício físico tem se mostrado uma estratégia eficaz para reduzir complicações clínicas decorrentes da hipertensão arterial, tais como o acidente vascular encefálico (GONÇALVES, S. et al., 2007).

O tabagismo é uma das maiores causas de doenças e mortes. A mortalidade geral é duas vezes maior nos fumantes quando comparados aos não fumantes. Estima-se que em todo o mundo, por ano, ocorram cinco milhões de mortes relacionadas ao hábito de fumar, sendo ele o responsável por 10 mil mortes por dia, ou seja, uma pessoa a cada seis segundos, reduzindo a expectativa de vida em 15 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Os tabagistas têm maior probabilidade de morrer por doença coronariana, especialmente os homens entre 45 e 54 anos de idade, que têm quatro vezes mais probabilidade de morrer de infarto do que os não tabagistas da mesma faixa etária (BRASIL, 1998).

O cigarro contém mais de 4,720 substâncias, das quais a nicotina se distingue por ser um importante componente vasoconstritor e psicoativo, causador de hipertensão e dependência (JUNIOR *et al.*, 2011 apud KIRCHENCHTENJ, CHATKIN, 2004).

Por ser um potente vasoconstrictor, a nicotina aumenta a pressão arterial (PA) em média de 5 a 10 mmHg acima do nível basal (JUNIOR, M. et al., 2011 apud MANN et al.,1991). Essa elevação da PA ocorre porque há uma liberação de vasopressina e uma vasoconstrição mediada por adrenoreceptor. Além disso, a inalação da fumaça do cigarro promove uma maior agregação plaquetária, pelo acúmulo de radicais livres, o que contribui para o enrijecimento crônico da parede arterial (JUNIOR, M. et al., 2011 apud CRYER et al., 1976).

O álcool é considerado uma substância tóxica que contribui para ocorrência de diversas patologias, dentre elas temos: hipertensão arterial, hipertrigliceridemia, diabetes não-insulinodependente, hepatopatias, pancreatite, encefalopatia, problemas psicossociais e comportamentais. Ele é considerado uma droga lícita, sem restrições para seu consumo, que leva muitas vezes homens e mulheres a fazerem uso abusivo dessa substância (STIPP *et al.*, 2007).

Estima-se que o aumento de 10 g/dia na ingestão de álcool eleve a PA em 1 mmHg, sendo que a diminuição nesse consumo reduz os níveis dessa PA. A recomendação é limitar o consumo diário de álcool para 1 dose no caso das mulheres e pessoas com baixo peso e 2 doses no caso dos homens (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

5.4 Caracterizando adesão ao Tratamento Farmacológico

Adesão pode ser caracterizada como o grau em que o comportamento de uma pessoa representado pela ingestão de medicamentos, o seguimento da dieta, as mudanças no estilo de vida correspondem e concordam com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde. Direcionando adesão para o campo da hipertensão arterial sistêmica, especificamente, ela se caracteriza como o grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, com o objetivo de manter a pressão arterial em níveis normais (GUSMÃO *apud* HAYNES E RAND & CAR et al, 2005).

A adesão ao tratamento se dá quando o conselho médico ou de saúde coincide com o comportamento do indivíduo, em relação ao hábito de usar medicamentos, seguir as mudanças no estilo de vida preconizadas e comparecer

regulamente às consultas médicas. Essa definição expressa o sentido da palavra inglesa *compliance*, que se caracteriza por o paciente concordar com as recomendações pressupondo-se que o mesmo conheça as alternativas terapêuticas e participe das decisões sobre o seu tratamento (DOSSE et al, 2009).

É interessante notar que quando se analisa os fatores relacionados a não adesão do paciente é notório perceber que a adesão não é um problema causado exclusivamente pelos pacientes. Não há uma padronização clara dos procedimentos de medida para avaliar a aderência a tratamentos medicamentosos e muito menos não medicamentosos, na maioria das doenças. Esse pode ser um fator que justifica a escassez de publicações sobre o tema (DALLA, 2009).

Quando falamos em adesão temos que levar em consideração os diversos fatores que influenciam a adesão ou não do paciente à terapêutica proposta. Podemos dizer que são pelo menos cinco fatores que interferem nesse processo, são eles: Fatores relacionados ao paciente; à doença; às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais; ao tratamento; à instituição e ao relacionamento com a equipe de saúde. Dos fatores relacionados ao paciente temos quesitos como idade, gênero, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico e autoestima. Em se tratando da doença temos que considerar a cronicidade da doença, a ausência dos sintomas e consequências tardias. Já sobre as crenças de saúde, hábitos de vida e culturais temos a percepção da gravidade do problema, desconhecimento e experiência com a doença no contexto familiar. Analisando o quesito tratamento que também engloba qualidade de vida temos custo, efeitos indesejáveis e esquemas terapêuticos complexos. Em se tratando do quesito instituição temos fatores relacionados à política de saúde e acesso ao serviço de saúde e por fim temos o fator relacionamento com a equipe de saúde. É de suma importância analisar esses fatores para que possamos entender a real dimensão da não adesão dos pacientes à terapêutica proposta e poder intervir neles (VITOR; SAKAI; CONSONI, 2009).

Diante disso, torna-se importante o estudo dos fatores que interfere na adesão ao tratamento não farmacológico, pois o conceito de adesão é multidimensional, o que envolve diversos e diferentes aspectos. Temos que considerar o paciente hipertenso como o foco central do processo, porém como já vimos isso não depende unicamente dele, é uma tríade, composta por pacientes

com HAS, profissional de saúde e o sistema de saúde, que são o conjunto de elementos constituintes do processo.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do Problema Selecionado

Primeiramente foi definido os pontos que precisam ser melhorados com a abordagem dos pacientes com HAS o que mostrou a falta de controle da doença e maior risco para outras complicações.

6.2 Explicação do Problema

O maior problema de saúde predominante na Unidade de Saúde Terras Altas é a hipertensão arterial sistêmica, com atendimento desses pacientes sendo praticamente frequentes. A unidade conta com 571 pacientes hipertensos o que equivale a percentual de 19,99% dos pacientes cadastrados.

Problemas socioeconômicos, educacionais, alcoolismo, sedentarismo, falta de medicamentos, dentre outros, contribuem para a elevação da incidência da HAS.

6.3 Seleção dos Nós Críticos

Identificar as causas de um problema é imprescindível para o seu controle e até mesmo sua solução. Para Campos et al. (2010), uma avaliação detalhada pode identificar dentre as causas, aquelas que devem ser tratadas, buscando atingir o problema e transformá-lo. Essa análise é denominada de nó crítico.

Para tanto, foi definido como nós críticos para o problema da alta incidência de hipertensão arterial sistêmica:

- Estrutura dos serviços de saúde ineficiente;

- Hábitos e estilo de vida inadequados;
- Nível de informação da população;
- Processo do trabalho da equipe de saúde inadequado

6.4 Desenho das Operações sobre Nós Críticos

Quadro 3: Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “de Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Terras Altas do município Marmelópolis em Minas Gerais

Nó crítico 1	Estrutura do serviço de Saúde Ineficiente
6º passo: Desenho das operações	Mostrar ao paciente que ele tem um local para lhe ajudar
6º passo: resultados esperados	Garantia da medicação e exames para quadro básico de atenção básica e secundária, através do município.
6º passo: Projeto	“Unidade de saúde amiga”
6º passo: Produtos esperados	Assistência ao paciente e garantia do uso da medicação
6º passo: Recursos necessários	Cognitivo: planejamento de estratégias para que o paciente se sinta confiante Financeiro: Prefeitura Político: Disposição dos profissionais
7º passo: Viabilidade e gestão	Cognitivo: Planejar Estratégias para a Saúde da família Político: profissionais da Saúde Financeiro: prefeitura

8º passo: Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Cognitivo: estratégias para a saúde da família, programa “viva melhor”, com caminhadas e palestras Político: profissionais da saúde Financeiro: prefeitura
9º passo; Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Agente de saúde e técnicos em enfermagem
10º passo: Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A gestão, avaliação e acompanhamento do plano será realizado pela equipe de saúde.

Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “de Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Terras Altas do município Marmelópolis em Minas Gerais

Nó crítico 2	Hábitos e estilo de vida inadequados
6º passo: operação (operações)	Mostrar aos pacientes a importância de uma boa saúde para a vida
6º passo: projeto	Minha saúde, minha vida!
6º passo: resultados esperados	Participação dos pacientes e assistência médica planejada
6º passo: produtos esperados	Medicações, orientações e participação integral dos profissionais da unidade
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Planejamento de estratégias para o projeto Financeiro: Prefeitura Político: Disposição dos profissionais

7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: estratégias para a saúde da família, programa “viva melhor”, com caminhadas e palestras Político: profissionais da saúde Financeiro: prefeitura
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Equipe da saúde da unidade local
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médico, agentes de saúde e técnicos em enfermagem
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A gestão, avaliação e acompanhamento do plano será realizado pela equipe de saúde

Quadro 5: Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “de Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Terras Altas do município Marmelópolis em Minas Gerais

Nó crítico 3	Nível de informação da população;
6º passo: Desenho das operações	Mostrar ao paciente que ele tem um local e pessoas para lhe ajudar
6º passo: Projeto	“Informar para repassar”
6º passo: resultados esperados	Levar ao conhecimento dos hipertensos as doenças e suas complicações
6º passo: Produtos esperados	Assistência ao paciente e garantia de uma boa informação

6º passo: Recursos necessários	Cognitivo: planejamento de estratégias para que o paciente se sinta à vontade Financeiro: Prefeitura Político: Disposição dos profissionais
7º passo: Viabilidade e gestão	Cognitivo: Planejar Estratégias para Informar sem ofender Político: profissionais da Saúde Financeiro: prefeitura
8º passo: Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Cognitivo: estratégias para a saúde da família, , programa “ viva melhor”, com caminhadas e palestras Político: profissionais da saúde Financeiro: prefeitura
9º passo: Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Agente de saúde e técnicos em enfermagem
10º passo: Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A gestão, avaliação e acompanhamento: equipe de saúde.

Quadro 6: Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “de Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Terras Altas do município Marmelópolis em Minas Gerais

Nó crítico 4	Processo do trabalho da equipe de saúde inadequado
6º passo: Desenho das operações	Aumento das informações aos profissionais
6º passo: Projeto	“Aprender e Trabalhar”
6º passo: resultados esperados	Incorporação dos pacientes com risco de HAS ao grupo de Hipertensos; Aferir pressão
6º passo: Produtos esperados	Assistência ao paciente e garantia trabalho desenvolvido
6º passo: Recursos necessários	Cognitivo: planejamento de estratégias para que o profissional se sinta confiante no seu trabalho Financeiro: Prefeitura Político: Disposição dos profissionais
7º passo: Viabilidade e gestão	Cognitivo: Planejar Estratégias para cursos e aprendizados na área problema Político: profissionais da Saúde Financeiro: prefeitura
8º passo: Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Cognitivo: estratégias para o programa “Aprender A trabalhar” Político: profissionais da saúde Financeiro: prefeitura
9º passo: Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Agente de saúde e técnicos em enfermagem
10º passo: Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A gestão, avaliação e acompanhamento do plano será realizado pela equipe de saúde, sob a supervisão do médico da unidade
6º passo: Desenho das operações	Mostrar ao paciente que ele tem pessoas com conhecimento para lhes ajudar

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do estudo, notou-se que a HAS associada às doenças cardiovasculares é um problema de saúde que merece atenção, e aliada a fatores de risco, como obesidade, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo, torna-se um grave problema de saúde.

A HAS está entre os principais problemas de saúde pública e, sendo assim, é uma prioridade no atendimento, pois é uma doença pela qual a maioria das pessoas procuram a unidade básica de saúde para uma consulta médica, como também causa de muitas internações.

O trabalho analisou a rotina da Unidade de Saúde da Família Terras Altas com relação aos pacientes hipertensos e constatou-se que a doença muitas vezes acomete o paciente, de forma grave, devido ao elitismo, à obesidade, ao sedentarismo, à alimentação inadequada, dentre outros fatores.

É uma doença crônica que fazem muitos adultos perder a qualidade de vida, devido até mesmo a falta de informação.

O despreparo da equipe em lidar com a questão da HAS e a importância de se os profissionais que ali trabalham é fundamental para o apoio necessário aos pacientes.

A intervenção proposta será de grande importância para obtenção de uma melhor qualidade de vida da população da Unidade de Saúde da Família de Terras Altas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO-FILHO, J. A. S; KRIEGER, J. E. Genética e hipertensão arterial: conhecimento aplicado à prática clínica. Rev. Soc. Bras. Card. Estado de São Paulo, v.13, n.1, p. 46-55, 2003.

BORGES, H.P.; et al. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.91, n.2, p.110-18, 2008. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2008001400007&script=sci_arttext> Acesso em nov de 2019.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução 466/12**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acessado em out de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer**. Falando sobre o tabagismo. 3.ed. Rio de Janeiro: Contapp, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro (2002). Portaria, n. 371/GM de 04 de março de 2002. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0371_04_03_2002_rep.html> (Acesso em jul de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Hipertensão é diagnosticada em 24,7% da população, segundo a pesquisa Vigitel. Disponível em <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45446-no-brasil-388-pessoas-morrem-por-dia-por-hipertensao> Acesso em jul de 2020.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CARBALLOSA, Dannys Sanchez. Plano de ação para controle da hipertensão arterial na equipe de saúde da família da ubS Jose Egídio dos Santos em Campo Alegre/Al. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Plano_a%C3%A7ao_para_controle_hipertensao.pdf> Acesso em jul de 2020.

CAVAGIONI, L.C.; et al. Agravos a saúde, hipertensão arterial e predisposição ao estresse em motoristas de caminhão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n.2, p.1267-71, 2009. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a21v43s2.pdf>> Acesso em nov de 2019.

CORDIES, J. L. *et al.* **Hipertensión Arterial: Definiciones y clasificaciones**. Ciudad de la Habana; Ed Ciencias, 2010.

CORRÊA, T. D. et al. Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. 2006. Disponível em: <http://www.fmabc.br/admin/files/revistas/31amabc91.pdf> . Acesso em jul de 2015.

COSNTANZI, C.B., et al. **Fatores associados a níveis pressóricos elevados em escolares de uma cidade de porte médio do Sul do Brasil.** Jornal Brasileiro de Pediatria, v.85, n.4, p.535-40, 2009. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572009000400011&script=sci_arttext> Acesso em nov de 2019.

COSTA, J.S.D., et al. **Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.88, n.1, p.59-65, 2007. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2007000100010&script=sci_arttext> Acesso em nov de 2019.

COSTA, M F. F. de L, et al. **Comportamento em saúde entre idosos hipertensos.** Revista de Saúde Pública. vol.43 supl.2 São Paulo, nov 2009.

DALLA MDB, Stein AT, CASTRO Filho ED, LOPES AC, MELO NR, VIRMOND MCL. Aderência a Tratamento Medicamentoso. Disponível em <<https://diretrizes.amb.org.br/BibliotecaAntiga/aderencia-a-tratamento-medicamentoso.pdf>> Acesso em jul de 2020.

DOSSE, Camila et al . Factors associated to patients' noncompliance with hypertension treatment. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 17, n. 2, p. 201-206, Apr. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em jul de 2020

, C. **A Importância da Abordagem Não-farmacológica da Hipertensão Arterial Sistêmica.** Rev Bras Med Fam e Com. Rio de Janeiro, v.1, nº 4, jan/mar 2006

FERREIRA, S.R.G., et al. Frequência de Hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.2, p.98-106, 2009. Disponível: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43s2/ao791.pdf>. Acesso: 11 de Novembro de 2019.
GALVÃO, R.; KOHLMANN, O. J. Hipertensão arterial no paciente obeso. 2002. Disponível em< <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-3/hipertensaooobeso.pdf> > Acesso em jul de 2020.

GONÇALVES, S.; HARDT, J. R; SILVA, A. SS; HAAS, P. **Hipertensão Arterial e a Importância da Atividade Física.** Estud. Biol. 2007 abr/jun p. 205-213.

GUS, I; FISMANN, A; MEDINA, C. **Prevalência dos Fatores de Risco da Doença Arterial Coronariana no Estado do Rio Grande do Sul.** Arquivo Brasileiro de

Cardiologia, v.78, n.5, p.478-83, 2002. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v78n5/9377.pdf>> Acesso em nov 2019.

JUNIOR, J. S.M; NÓBREGA, T. K. S; BRITO, A. F; SILVA, A. S. **Influência Aguda do Tabaco na Pressão Arterial, Frequência Cardíaca e na Hipotensão Pós-exercício em Homens Jovens Fumantes.** R Bras Ci Saúde. P. 57-64, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>. Acessado em out de 2019.

KRIEGER, J. E.; PEREIRA, A. Hipertensão Arterial –dos fatores de risco clássicos ao perfil de risco individualizado: quais são os caminhos? 2008. Disponível em: <<http://www.medcenter.com/Medscape/LoginSite.aspx?langtype=1046>> Acesso em jul de 2020.

KUSCHNIR, M.C.C; MENDONÇA, G.A.S. **Fatores de risco associados à hipertensão arterial em adolescentes.** Jornal de Pediatria, v.83, n. 4, 2007. Disponível: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489102009005000059&script=sci_abstract&tlng=en>. Acesso em nov de 2019

LESSA, I., et al. **Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA)-Brasil.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.87, n.6, p.747-59, 2006. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/abc/v87n6/11.pdf>>. Acesso: 11 de Novembro de 2019.

LIMA, M.R; BHCHER, J.S.N.F; LIMA, J.W.O. **A hipertensão sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas.** Caderno de Saúde Pública, v.20, n.4, p.1079-87, 2004. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/23.pdf>>. Acesso em novde 2019.

LOFREDO, L.C.M; TELAROLLI, R; BASSO, M.F.M. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica em Estudantes da Faculdade Odontologia de Araraquara-UNESP. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.32, n.2, p.99-104, 2003. Disponível: <<http://rou.hostcentral.com.br/PDF/v32n2a04.pdf>>. Acesso em nov. 2019.

MANO, G.M.P; PIERIN, A.M.G. **Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo programa saúde da família em um Centro de Saúde Escola.** Acta Paulista de Enfermagem, v.18, n.3, p.269-75, 2005. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a07v18n3.pdf>>. Acesso em jul de 2020.

MARTELLI, A. Redução das Concentrações de Cloreto de Sódio na Alimentação visando a Homeostase da Pressão Arterial. **REGET V.** 18 n. 1. Abr. 2014, p. 428-436. Santa Maria.

MARTIN, J.F.V., et al. **Perfil de crise hipertensiva. Prevalência e Apresentação Clínica.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v.83, n.2, p.125-130, 2004. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v83n2/v83n2a04.pdf>>. Acesso: 11 de Novembro de 2019.

MIO Junior, Décio. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**, Janeiro, 2007.

MORENO, Maidelis V. **Intervenção educativa para melhorar a qualidade de vida de pacientes com hipertensão arterial sistêmica na UBS Bom Pastor, Município Cariacica, Espírito Santo, Brasil**. 2015. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso(Especialista em Saúde da Família) – Universidade Aberta do Sus, Rio de Janeiro, 2015.

NASCENTE, F.M.N., et al. **Hipertensão Arterial e sua Correlação com Alguns Fatores de Risco em Cidade Brasileira de Pequeno Porte**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.95, n.4, p. 502-9, 2010. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/2010nahead/aop10910.pdf>>. Acesso em nov de 2019.

NASCIMENTO, L. C.; MENDES, I. J. M. Perfil de saúde dos Trabalhadores de um Centro de Saúde-Escola. Ver. Latinoam Enfermagem. v 10, n 4, p 502-508, 2002;. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13361.pdf> Acesso em: jul de 2020

NOBRE, M. R. C.; Domingues, R.Z.L.; Silva, A.R.; COLUGNATI, F, F.A.B.; TADDEI, J.A.A.C. Prevalência De Sobrepeso, Obesidade e hábitos de vida Associados ao Risco de Cardiovascular em Alunos do Ensino Fundamental. Revista da associação Médica Brasileira. V 52, p.118, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302006000200023&script=sci_arttext> Acesso em jul de 2020.

NOBRE, F; COELHO, E. B; LOPES, P. C; GELEILETE, T. J.M. Hipertensão Arterial Sistêmica Primária. **Revista FMRP**. Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <<http://revista.fmrp.usp.br/>> Acessado em: 20 de Agosto de 2019.

OSVALDO, Kohlmann Junior, et al. **III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, arq bras endocrinol Metab**, v.43, n.4, agosto, 1999.

PESSUTO, J; CARVALHO, E. C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>> . Acesso em jul de 2020

RIDKER, P. M.; GENEST, J; LIBBY, P. Fatores de Risco para Doença Aterosclerótica. IN: BRAUNWALD, Eugene; ZIPES, Douglas P.; LIBBY, Peter . **Tratado de Medicina Cardiovascular**. editora Roca. 6º Ed. p.1083 ,2003.

RIBEIRO, F. et al. **Obesidade, Hipertensão Arterial e suas Influências sobre a Massa e a Função do Ventrículo Esquerdo**. Arq Bras Endocrinol Metab vol. 44 nº 1. Fevereiro 2000.

SANTOS, A.M.S.A., et al. **Adesão do Cliente hipertenso ao tratamento: Análise com abordagem interdisciplinar**. Texto e Contexto de Enfermagem, v.14, n.3, p.332-40, 2005. Disponível< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000300003&script=sci_arttext>. Acesso em nov de 2019.

SANTOS, A. C.; LIMA, C. A. Hipertensão de Difícil Controle: Impacto do Estilo de Vida. Rev. Bras. Hipertensão. v. 16, suppl 1, S5-S6, 2009. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-supl1/03-hipertensao.pdf>> Acesso em jul de 2020.

SANTOS, R. D. et al. III Diretriz Brasileira sobre dislipidemias e diretrizes de prevenção da Aterosclerose do departamento da Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. v 77, supp I3,p 1-191, 2001. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2001001500001 Acesso em jul 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016.

SOUZA, A. R. A. *et al.* **Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande**, MS. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 88, n. 4, abr. 2007.

STIPP, M. A.C. et al. **O Consumo do Álcool e as Doenças Cardiovasculares – Uma Análise sob o Olhar da Enfermagem**. Esc Anna Nery Rev Enferm, p. 581-585, 2007.

SUÁREZ, M. M. S.; ASTOVISA, M. B.; PUIG, M. E. L. Obesidad: Tratamento no farmacológico y prevención. Rev Cubana Endocrinol, v13, n 1, p 35-42 2002. Disponível em< http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol13_01_02/end05102.htm> Acesso em jul 2015

TOLEDO, M.M; RODRIGUES, S.C; CHIESA, A.M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: Uma nova ótica para um velho problema. **Texto e Contexto de Enfermagem**, v.16, n.2, p.233-8, 2007. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a04v16n2.pdf>>. Acesso: 11 de Novembro de 2019.

VITOR, R. S; SAKAI, F. K; CONSONI, P. R. C. Indicação e Adesão de **Medidas não Farmacológicas no Tratamento da Hipertensão Arterial**. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, pág. 117-121. Abr-jun, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The World Health Report,Reducing Risks, Promoting Healthy Life. GENEVA, 2002.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X20060002000>06. Acesso em jul. 2020.