

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

**Paulo Gabriel Leite da Cunha Santos**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR RISCO CARDIOVASCULAR EM  
PACIENTES HIPERTENSOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “SAÚDE EM  
SEU LAR”, LIMEIRA DO OESTE, MINAS GERAIS**

**Uberaba / Minas Gerais**

**2020**

**Paulo Gabriel Leite da Cunha Santos**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR RISCO CARDIOVASCULAR EM  
PACIENTES HIPERTENSOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “SAÚDE EM  
SEU LAR”, LIMEIRA DO OESTE, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Dra Marília Rezende da  
Silveira

**Uberaba / Minas Gerais**

**2020**

**Paulo Gabriel Leite da Cunha Santos**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR RISCO CARDIOVASCULAR EM  
PACIENTES HIPERTENSOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “SAÚDE EM  
SEU LAR”, LIMEIRA DO OESTE, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Marília Rezende da Silveira

Banca examinadora

Profa. Dra. Marília Rezende da Silveira – UFMG

Profa. Dra. Maria Marta Amancio Amorim. Centro Universitário Unifacvest

Aprovado em Belo Horizonte, em – de ----- de 2020.

Dedico este trabalho aos meus pais, pelo apoio que sempre me deram em todos desafios que enfrentei durante a vida.

Agradeço a todos integrantes da Equipe de Saúde da Família “Saúde em seu Lar” que estiveram comigo e participaram no desenvolvimento deste trabalho.

Um agradecimento especial à orientadora Marília Rezende da Silveira que muito me auxiliou neste projeto e também contribuiu para meu conhecimento técnico-científico na produção deste trabalho.

## RESUMO

É bem conhecido na prática clínica que, níveis de pressão arterial sistêmica elevados de maneira persistente, ao longo do tempo, mesmo naqueles indivíduos assintomáticos, resulta em importante morbidade e mortalidade decorrentes de doenças cardiovasculares. Cabe a equipe de saúde da família informar aos pacientes de uma maneira simples e didática sobre os fatores de riscos, bem como atuar ativamente otimizando os serviços prestados à essa população, para melhorar a eficiência das medidas farmacológicas e não-farmacológicas e redução do risco global. Pensando nisso, este plano de intervenção objetiva elaborar um plano de intervenção para diminuir os riscos cardiovasculares associados ao estilo de vida de pacientes hipertensos atendidos pela Equipe Saúde Em Seu Lar, em Limeira do Oeste, Minas Gerais. A metodologia utilizada foi o diagnóstico situacional da área de abrangência, seguida de uma pesquisa bibliográfica, realizada nas bases dados, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Scientific Electronic Library Online, finalizando com a elaboração de um plano de intervenção seguindo os passos do Planejamento Estratégico Situacional. Infere-se que por meio de pontos específicos, como conscientização e educação simples e didática sobre a enfermidade e seus fatores de risco associados a mudança de estilo de vida atividades físicas e dieta adequada, além de um apoio especial aos pacientes hipertensos que desejam parar de fumar, este plano de intervenção, uma vez aplicado, pode oferecer os recursos necessários para que o risco cardiovascular associado diminua e conseqüentemente as taxas de morbidade e mortalidade decorrentes da doença cardiovascular.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Promoção de Saúde. Hipertensão. Risco Cardiovascular.

## **ABSTRACT**

It is well known in clinical practice that persistently elevated systemic blood pressure levels, over time, even in those asymptomatic individuals, result in important morbidity and mortality due to cardiovascular diseases. It is up to the family health team to inform patients in a simple and didactic way about the risk factors, as well as to actively act by optimizing the services provided to this population, to improve the efficiency of pharmacological and non-pharmacological measures and to reduce the overall risk. With this in mind, this intervention plan aims to develop an intervention plan to reduce the cardiovascular risks associated with the lifestyle of hypertensive patients treated by the Saúde em Seu Lar team, in Limeira do Oeste, Minas Gerais. The methodology used was the situational diagnosis of the coverage area, followed by a bibliographic search, carried out in the databases, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and Scientific Electronic Library Online, ending with the elaboration of an intervention plan following the steps of Situational Strategic Planning. It is inferred that through specific points, such as awareness and simple and didactic education about the disease and its risk factors associated with lifestyle changes, physical activities and adequate diet, in addition to special support for hypertensive patients who wish to stop smoking, this intervention plan, once applied, can offer the necessary resources so that the associated cardiovascular risk decreases and, consequently, the morbidity and mortality rates resulting from cardiovascular disease.

**Keywords:** Family health strategy. Health promotion. Hypertension. Cardiovascular risk.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PA	Pressão Arterial
PIB	Produto Interno Bruto
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à ESF “Saúde Em Seu Lar”, Unidade Básica de Saúde Francisco Simeão Bezerra, município de Limeira do Oeste, estado de Minas Gerais. 16
- Quadro 2** – Número de pacientes com fatores de risco cardiovascular na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Saúde Em Seu Lar, do município Limeira do Oeste, estado de Minas Gerais. 24
- Quadro 3** – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Hábitos e Estilo de Vida da População Inadequados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Saúde em Seu Lar, do município Limeira do Oeste, estado de Minas Gerais. 27
- Quadro 4** – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Conscientização/Educação sobre Hipertensão inadequada para enfrentamento do problema”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Saúde em Seu Lar, do município Limeira do Oeste, estado de Minas Gerais. 28
- Quadro 5** – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Dieta e Alimentação Inadequada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Saúde em Seu Lar, do município Limeira do Oeste, estado de Minas Gerais. 29
- Quadro 6** – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Estrutura do serviço de psicologia para combate ao tabaco a desejar”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Saúde em Seu Lar, do município Limeira do Oeste, estado de Minas Gerais. 30

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	11
1.1 Aspectos gerais do município	11
1.2 Aspectos da comunidade	12
1.3 O sistema municipal de saúde	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde Francisco Simeão Bezerra	13
1.5 A Equipe de Saúde da Família Saúde Em Seu Lar, da Unidade Básica de Saúde Francisco Simeão Bezerra	14
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Francisco Simeão Bezerra	14
1.7 O dia a dia da equipe Saúde Em Seu Lar	15
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	16
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	16
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	17
<b>3 OBJETIVOS</b>	18
3.1 Objetivo geral	18
3.2 Objetivos específicos	18
<b>4 METODOLOGIA</b>	19
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRAFICA</b>	20
5.1. Hipertensão arterial sistêmica	20
5.1.1. Prevalência e risco cardiovascular	20
5.1.2 Tratamento não medicamentoso	21
5.1.3 Tratamento medicamentoso	23
5.1.4 Estratégia em saúde e educação em saúde	23
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	24
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	24
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	25
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	25
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	25
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	31
<b>REFERÊNCIAS</b>	32

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

Limeira do Oeste está localizada na região do pontal do triângulo mineiro e distante 848 km da capital do Estado. É uma cidade com 7.536 habitantes, estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2019. O município conta com uma renda do Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$42.132,62, representando uma posição privilegiada em 489º em relação aos municípios nacionais, 46º a nível estadual e o 4º em sua respectiva microrregião. O índice de desenvolvimento humano do município também é considerado muito bom quando comparado ao nível nacional, com o índice de 0,710 (BRASIL, 2017).

Em 2017, o salário médio mensal era de 2.9 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 30.1%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 20 de 853 e 36 de 853, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 236 de 5570 e 468 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 36% da população nessas condições, o que o colocava na posição 476 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 3357 de 5570 dentre as cidades do Brasil (BRASIL, 2017).

O município conta com uma taxa de escolarização entre cidadãos de 6 a 14 anos de 98,9%, ficando em 1º lugar em sua respectiva macrorregião nesse quesito, contando com 4 escolas de nível fundamental e 1 escola de nível médio, além de 95 docentes somados níveis fundamental e médio (BRASIL, 2010).

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 17.09 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.1 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 239 de 853 e 658 de 853,

respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 1519 de 5570 e 4734 de 5570, respectivamente (BRASIL, 2017).

Apresenta 63.5% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 89.3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 15.5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 434 de 853, 99 de 853 e 507 de 853, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 1682 de 5570, 1573 de 5570 e 2240 de 5570, respectivamente (BRASIL, 2010).

## 1.2 O sistema municipal de saúde

O sistema municipal de saúde consta de uma Secretaria Municipal de Saúde com seus respectivos secretários municipal de saúde e secretário adjunto de saúde. Temos contato direto com ambos, o que facilita pelo menos levar nossas demandas a conhecimento dessas autoridades que, quando podem, nos atendem. Existem diversas atividades de promoção à saúde desenvolvidos pela secretaria.

A atenção primária do município de Limeira do Oeste, estado de Minas Gerais, conta com 02 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com atuação de 03 equipes de Saúde da Família, 01 NASF, 01 farmácia pública, vigilância sanitária atuante e 02 consultórios odontológicos para atendimento da saúde bucal.

A atenção secundária conta com a presença semanal de cardiologista e pediatra, atuando com populações específicas dentro de suas respectivas áreas.

Não há serviço de saúde pública oferecido que se enquadre na atenção terciária, sendo essa realizada por nossos centros de referência, sendo eles Iturama e Uberaba.

## 1.3 Aspectos da comunidade

A UBS Francisco Simeão Bezerra fica localizada na avenida Equador, no bairro Jo Amário, onde faz cobertura do mesmo e abrange também o bairro Cohab. Tem uma população idosa numerosa. Além do grande número de aposentados, a população

economicamente ativa trabalha na lavoura de cana de açúcar, que é a principal economia do município. Apesar dos baixos salários, a oferta para empregos braçais na lavoura de cana é grande, atendendo bem nossa população de baixo poder aquisitivo.

Sobre a estrutura da nossa área, no que diz respeito a saneamento básico, a oferta de água tratada é bem atendida, porém a cidade não possui tratamento de esgoto, o qual é jogado longe do perímetro urbano nos mananciais, sem contar no grande número de problemas com os encanamentos públicos de esgoto.

A coleta de lixo não é ofertada todos os dias. Por ser uma área carente, os domicílios têm estruturas precárias e o analfabetismo dentre a população idosa é grande, porém a população jovem está tendo acesso à educação pública, pois está sendo investido em escolas e programas de educação. Nossa área possui, além das escolas, creches, igrejas e asilo. Por ser uma população tradicionalmente rural, os costumes e festas típicas são frequentes.

#### 1.4 A Unidade Básica de Saúde Francisco Simeão Bezerra

A UBS Francisco Simeão Bezerra está localizada em um prédio da prefeitura adaptado, localizado na periferia do bairro e mal centralizado, porém, é um prédio que disponibiliza salas, de aspecto novo, com uma recepção pequena, para um número insuficiente do considerado adequado para uma unidade, por isso em horários de fluxo ela fica muito lotada e desconfortável para aos pacientes. A área comporta uma população atendida de 6.980 pessoas.

Na UBS Francisco Simeão Bezerra há uma sala de reuniões (usada também como arquivo para as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), dois banheiros na recepção, sala de vacina bem equipada, dois consultórios médicos, sala de expurgo, sala de curativos, sala de observação e medicação, copa, assim como as salas dos demais profissionais que também atendem em nossa unidade como dentista, fonoaudiólogo e psicólogo.

Apesar de o espaço ser adaptado, as salas são relativamente aconchegantes e a maioria possui ar condicionado, tendo bastante valor por ser uma região tropical. As

reuniões de grupos grandes são feitas na Câmara Municipal como, por exemplo, o HiperDia, já os grupos menores de gestantes e de tabagismo são atendidos na própria sala de reuniões.

Apesar de já se ter uma sala de medicações bem estruturada, com basicamente todos os equipamentos necessários, ainda não possuímos medicações disponíveis, porém, a gestão está terminando os últimos ajustes e já em breve estará em pleno funcionamento.

#### 1.5 A Equipe de Saúde da Família “Saúde em seu Lar”, da Unidade Básica de Saúde Francisco Simeão Bezerra

A Equipe de Saúde da Família (eSF) Saúde Em Seu Lar possui sete ACS, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, dois odontólogos (alternados), um fonoaudiólogo, um psicólogo, um cardiologista (semanal), um psiquiatra (semanal), um ginecologista e Obstetra (quinzenal), um pediatra (quinzenal) e uma profissional responsável pela limpeza e serviços gerais.

#### 1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde da Equipe “Saúde em seu Lar”

A UBS Francisco Simeão Bezerra atende das 07:00 horas às 16:30h, não necessitando de giro de turno e nem de escala programa. Quando há necessidade de alternância de horários para os sete ACS, a enfermeira organiza a agenda conforme solicitação e necessidade. Há uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem que participam do primeiro contato de acolhimento dentro da unidade. Temos também uma recepcionista no balcão, e uma técnica de enfermagem para sala de vacinação. Já existe a discussão sobre o atendimento em horário estendido, porém, a proposta apresentada pela equipe aos gestores do município depende dos mesmos para aplicação, de forma que atualmente estamos aguardando a decisão, pois, devido a que boa parte da população da área de abrangência é trabalhadora rural, a ESF poderia oferecer atendimento a essas pessoas em dias da semana e horários estratégicos para atender esses pacientes, garantindo assim uma cobertura populacional maior.

### 1.7 O dia a dia da equipe Saúde em seu Lar

Os pacientes são acolhidos pela UBS por meio das equipes de enfermagem e nas residências pelas ACS, diariamente e com o médico, através de visitas domiciliares em creches, asilo, centro de detenção e algumas casas estratégicas.

Há programas ativos de saúde bucal, grupos de gestantes, grupos de tabagismo e o maior grupo é de pacientes hipertensos no HiperDia. No grupo de tabagismo, o médico da estratégia saúde da família (ESF) avalia cada um dos pacientes e já faz a renovação das receitas, assim como toda equipe que atua desenvolvendo palestras mensais a esse grupo de pacientes.

No grupo do HiperDia, sendo o maior, todos pacientes são pesados e medidos nos dias dos encontros que, além desse protocolo, sempre há algum tema discutido por algum profissional junto aos pacientes. Neste dia, toda a equipe trabalha junto, de forma organizada, em conjunto com a outra equipe da UBS para conseguir suprir a demanda, sendo uma forma legal de interação das duas áreas do município e que vem funcionando bem. O que faz falta é a avaliação dos trabalhos prestados, para otimizar os resultados, diminuir a tensão dos integrantes das equipes empenhadas nas tarefas.

O fluxograma de atendimento começa com a chegada do paciente à recepção, onde o mesmo apresenta seu cartão do Sistema Único de Saúde (SUS) e o motivo da consulta (se é paciente agendado ou demanda espontânea). Em caso de agendamento, o paciente é encaminhado para a sala de espera junto aos outros pacientes. Em caso de demanda espontânea, após coleta dos dados na recepção, o paciente é encaminhado à equipe de enfermagem, onde a enfermeira coleta as informações do caso e de acordo as normativas do Ministério da Saúde, pode encaminhar a pessoa para o consultório médico, para o agendamento de consulta na recepção ou, caso seja algo mais grave, solicita ambulância para transporte desse paciente para a unidade de Pronto Socorro.

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

De acordo com os dados levantados por meio do sistema e-SUS no município de Limeira do Oeste, Minas Gerais, os principais problemas de saúde da população de área de abrangência da eSF “Saúde Em Seu Lar” foram:

- hipertensão arterial sistêmica – HAS (479 pacientes);
- diabetes mellitus – DM (129 pacientes);
- doenças respiratórias (57 pacientes).

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

**Quadro 1** – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à ESF “Saúde Em Seu Lar”, Unidade Básica de Saúde Francisco Simeão Bezerra, município de Limeira do Oeste, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Risco Cardiovascular Aumentado	Alta	12	Total	1
Tabagismo	Alta	8	Parcial	2
Acima do peso	Média	6	Parcial	3
Fazem uso de álcool	Baixa	4	Fora	4

Fonte: Autoria própria (2020)

\*Alta, média ou baixa

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

\*\*\*Total, parcial ou fora

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

## 2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho foi desenvolvido com base na necessidade constante de aprimoramento das atividades realizadas pelas ESF, de maneira estar buscando sempre otimizar os resultados dos planos/objetivos traçados para dessa forma garantir uma saúde preventiva de qualidade para os pacientes individualmente e para a comunidade.

A escolha de pacientes hipertensos tem como justificativa a alta prevalência da nossa área de abrangência bem como, por se tratar de um problema de saúde com importante nível de morbimortalidade. Os nós críticos relacionados a ele, como risco de doença cardiovascular, obesidade, tabagismo e uso de álcool foram os mais encontrados em comum, entre essa população e são fatores fundamentais a serem alterados para que se tenham resultados satisfatórios no combate, tratamento e prevenção da hipertensão.

A importância de resolver o problema identificado como prioritário é devido ao fato de que, quanto mais comorbidades associadas, maior risco cardiovascular para esses pacientes e conseqüentemente maior risco de morbimortalidade.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um plano de intervenção para diminuir os riscos cardiovasculares associados ao estilo de vida de pacientes hipertensos atendidos pela Equipe Saúde Em Seu Lar, em Limeira do Oeste, Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Conscientizar e promover hábitos de vida mais saudáveis para a população hipertensa atendida.

Conscientizar e orientar pacientes hipertensos em relação a enfermidade, sua instalação, fatores de risco, evolução e benefícios do tratamento.

Oferecer orientação sobre dieta nutricional mais adequada e saudável.

Oferecer acompanhamento psicológico a fumantes que desejam parar de fumar.

## 4 METODOLOGIA

Para a construção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como a Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS). O diagnóstico situacional da área de abrangência foi realizado através da coleta de dados do município e de saúde do mesmo, na plataforma do IBGE, finalizando com a elaboração de um plano de intervenção seguindo os passos do Planejamento Estratégico Situacional. Esse construto teórico contribuiu para desenvolver um projeto de intervenção voltado para pacientes hipertensos.

Para realizar o projeto de intervenção, três etapas aconteceram: diagnóstico situacional com reconhecimento do território, identificação dos principais problemas na área de abrangência da equipe, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção. O Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi idealizado por Matus, a partir de sua vivência como ministro da Economia do governo Allende, no período de 1970-73, e da análise de outras experiências de planejamento normativo ou tradicional na América Latina cujos fracassos e limites instigaram um profundo questionamento sobre os enfoques e métodos utilizados. O enfoque do PES surge no âmbito mais geral do planejamento econômico-social e pode ser adaptado e utilizado na saúde. O presente trabalho seguiu os passos de Faria, Campos e Santos (2018).

Serão propostas ações destinadas aos usuários hipertensos da ESF “Saúde em seu Lar” para que se tornem mais proativos em relação ao tratamento e prevenção de riscos que pioram a evolução do quadro de hipertensão já instalado. Tais informações poderão ser obtidas por meio do acesso da plataforma e-SUS e consultas a prontuário físico.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2017).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

## 5.1. Hipertensão arterial sistêmica

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a HAS é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

### 5.1.1. Prevalência e risco cardiovascular

A prevalência de indivíduos hipertensos verificado na população brasileira por meio de estudos descritivos publicados nas diretrizes da SBC (2017) aponta que 22,3% a 44% dos adultos brasileiros apresentam pressão arterial elevada. Juntamente com estes dados, a SBC destaca relatos da World Health Organization (WHO) no qual os pontos de corte do IMC (25,0 e 30,0 kg/m<sup>2</sup>) estão fortemente associados com risco de morbidade por meio das doenças cardiovasculares associadas com a idade (ULBRICH, 2011).

É, relativamente, bem conhecido na prática clínica que, regime pressórico persistente elevado ao longo do tempo, mesmo naqueles indivíduos assintomáticos, resulta em importante morbidade e mortalidade decorrentes de doenças cardiovasculares.

Levantamentos epidemiológicos, obtidos através do seguimento longitudinal de grandes populações ao longo de várias décadas, foram claramente conclusivos a respeito da participação da HAS na determinação de morbimortalidade cardiovascular (KAPLAN, 1992). Nos estudos oriundos da população de Framingham, sequelas cardiovasculares ateroscleróticas, incluindo acidente vascular cerebral átero-trombótico, doença cardíaca coronariana e doença arterial periférica, ocorreram com frequência global 2 a 3 vezes maior em hipertensos, quando comparados com normotensos da mesma idade (WILSON *et al*, 1991).

O risco cardiovascular global deve ser avaliado em cada indivíduo hipertenso, pois auxilia na decisão terapêutica e permite uma análise prognóstica. A identificação dos indivíduos hipertensos que estão mais predispostos às complicações

cardiovasculares, especialmente infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico, é fundamental para uma orientação terapêutica mais agressiva. Informar ao paciente os seus fatores de riscos pode melhorar a eficiência das medidas farmacológicas e não-farmacológicas para redução do risco global (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

O presente trabalho apresenta um projeto para intervenção em pontos específicos de alguns riscos cardiovasculares considerados importantes, como dislipidemia, abordado na nó crítico 3 que fala sobre dieta, bem como hábitos e estilo de vida que são abordados no nó crítico 1, além da conscientização e educação ativa para os pacientes em relação à hipertensão e seus riscos e como importantíssimo fator de risco, o nó crítico 4 aborda a questão do tabagismo e o risco cardiovascular aumentado.

#### 5.1.2 Tratamento não medicamentoso

As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária e cuidado adequado da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017). O tipo de alimentação que a população consome também contribui para aumentar e ou diminuir o risco cardiovascular (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

De acordo com um trabalho realizado em 2012, avaliando justamente a questão dietética em pacientes hipertensos, a maior variedade da dieta (oito ou mais tipos de alimentos diferentes) ofereceu efeito protetor para alterações da pressão arterial (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Na maioria dos casos, desconhece-se a causa da hipertensão arterial. Porém, vários são os fatores que podem estar associados à elevação da pressão arterial como o sedentarismo, o estresse, o tabagismo, o envelhecimento, a história familiar, a raça, o gênero, o peso e os fatores dietéticos.

Apesar de consolidada a relação entre hipertensão arterial e os fatores nutricionais, ainda não são bem esclarecidos os mecanismos de atuação destes sobre a elevação da pressão arterial. São conhecidos, no entanto, os efeitos de uma dieta saudável (rica em frutas e vegetais e pobre em gordura) sobre o comportamento dos níveis pressóricos. Dentre os fatores nutricionais estudados e que se associam à alta prevalência de hipertensão arterial estão o elevado consumo de álcool e sódio e excesso de peso. Recentemente vêm sendo, também, associados o consumo de potássio, cálcio e magnésio, os quais atenuariam o progressivo aumento dos níveis pressóricos com a idade (MOLINA, 2003).

Considera-se que a atividade física insuficiente é um fator de risco independente para doenças coronarianas. Aproximadamente 12% de todas as mortes nos Estados Unidos estão relacionadas com a falta de atividades físicas regular e a inatividade, associada a um aumento de pelo menos o dobro do risco de um evento coronariano, com um risco relativo semelhante ao da hipertensão arterial, dislipidemia ou tabagismo. Estimam-se 200 mil mortes/ano a partir de doença isquêmica do coração, câncer ou diabetes mellitus tipo 2 associada ao sedentarismo (AZIZ, 2014).

Ainda, vários estudos relatam que um dos principais fatores de risco associados a pacientes hipertensos está associado ao uso de tabaco (BRASIL, 2001).

O aconselhamento com base cognitivo-comportamental é descrito como uma alternativa psicoterápica para o tratamento do fumante. Este pode ser mínimo (menos que 3 minutos), moderado (de 3 a 10 minutos) ou intenso (mais que 10 minutos). O conteúdo do aconselhamento seria: 1) perguntar e avaliar informações básicas sobre consumo de cigarros, tempo de fumante e tentativas anteriores de tentar parar de fumar; 2) aconselhar a interrupção e preparar o fumante para ela, sugerindo métodos para tal finalidade; e 3) acompanhar o indivíduo que opte por parar de fumar (BRASIL, 2001).

Uma forma alternativa de realizar o aconselhamento é por meio de telefone, por materiais escritos de autoajuda e, mais recentemente, por internet (CHEN; YEH, 2006). Por mais simples que seja o aconselhamento, ele pode resultar em aumento da abstinência, sendo que o presencial tem se apresentado mais eficaz (PRESMAN,

CARNEIRO, GIGLIOTTI, 2005). Um estudo comparando um grupo de fumantes que recebeu aconselhamento com um grupo controle que não recebeu verificou que 49% dos fumantes aconselhados tentaram parar de fumar; já no grupo controle, apenas 24% tentaram (KREUTER, CHEDDA, BULL 2000).

### 5.1. 3 Tratamento medicamentoso

O tratamento medicamentoso é fundamental para que o paciente possa ter um controle adequado dos seus níveis de pressão arterial (PA), porém, é sabido que algumas ações específicas realizadas por parte do paciente podem contribuir muito para que o tratamento medicamentoso tenha mais sucesso, sendo tão importantes quanto o próprio medicamento.

Denominados essas ações como “ações não farmacológicas”, que visam promover um estilo de vida mais saudável para o paciente, abordando questões como hábitos, dieta, educação e consumo de tabaco, por exemplo, que são justamente os “nós críticos” abordados neste trabalho.

Informar ao paciente os seus fatores de risco pode melhorar a eficiência das medidas farmacológicas e não-farmacológicas para redução do risco global (MALACHIAS, 2016).

### 5.1.4 Estratégia em saúde e educação em saúde

A promoção da saúde é a melhor forma de se atuar estrategicamente na saúde da população, de modo a educar o paciente sobre todos os aspectos necessários para que o mesmo possa conviver bem com sua doença e assim poder intervir em mudanças no estilo de vida de maneira ativa.

A educação em saúde passou a ser vista como uma importante estratégia de transformação social, devendo estar vinculada às lutas sociais mais simples e ser assumida pela equipe de saúde, reorientando as práticas de saúde e as relações que se estabelecem entre o cotidiano e o saber da saúde (ALVES, 2011).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Risco Cardiovascular Aumentado”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018). O plano de intervenção tem por objetivo oferecer informações e condições para que esses pacientes possam ter mudanças em seu estilo de vida, de forma que isso diminua o risco cardiovascular intrínseco dessa população, uma vez que já são hipertensos.

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

Os fatores descritos no Quadro 2 são considerados influenciadores diretos no aumento do risco cardiovascular da população. Trata-se de determinantes diretos que causam um aumento significativo da morbimortalidade nesses pacientes.

**Quadro 2** – Número de pacientes com fatores de risco cardiovascular na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Saúde Em Seu Lar, do município Limeira do Oeste, estado de Minas Gerais.

<b>Descrição</b>	<b>Número de Pacientes</b>	<b>Fontes</b>
Tem doença cardíaca	104	Registro da Equipe
Tem problema renal	102	Registro da Equipe
Está acima do peso	159	Registro da Equipe
Teve Acidente Vascular Encefálico (AVE)	45	e-SUS
Teve Infarto	18	e-SUS
Hipertensos	479	Registro da Equipe

Fonte: DataSUS e Registros da ESF (2020).

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

Como descrito na seção anterior, o aumento do risco cardiovascular influencia diretamente na morbimortalidade desses pacientes. Dentro os fatores descritos, os hipertensos, pacientes com problemas renais e os que estão acima do peso, tem um

aumento significativo do risco cardiovascular, principalmente se esses fatores se associam (comorbidades).

Considerando os pacientes que já tiveram acidente vascular encefálico (AVE) e infarto, além do risco cardiovascular aumentado já existente, esses pacientes têm um aumento importante no risco de morte se comparado aos pacientes anteriores que não tiveram esses problemas. Em geral, são fatores que, conforme se associam, aumentam proporcionalmente tanto o risco cardiovascular como o de morte, quanto mais somados estão em um paciente. Os fatores que aumentam o risco cardiovascular estão relacionados principalmente com o estilo de vida e em alguns casos, também com a predisposição genética.

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

Existem vários fatores de risco cardiovasculares para pacientes hipertensos e neste trabalho consideramos quatro principais que nos permitem atuar de maneira ativa com os pacientes, buscando diminuir esse risco. São eles:

- Hábitos e estilo de vida da população inadequados (acima do peso, tabagistas, etilistas).
- Consciência e conhecimento do problema de saúde pelos pacientes acometidos.
- Parte da população encontra-se acima do peso não apenas por conta do sedentarismo, mas tendo também associado o fato de não se alimentarem adequadamente.
- Dificuldade de a população fumante abandonar o vício (mesmo os que participam do programa antitabagismo).

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo).

Os quadros seguintes, 3 a 6, mostram o desenho das operações os recursos críticos, a análise da viabilidade do plano e o plano operativo.

**Quadro 3** – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Hábitos e Estilo de Vida da População Inadequados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Saúde em Seu Lar, do município Limeira do Oeste, estado de Minas Gerais.

<b>Nó crítico 1</b>	Hábitos e Estilo de Vida da População Inadequados
<b>6º passo. Operação</b>	Conscientizar e promover hábitos de vida mais saudáveis
<b>6º passo. Projeto</b>	<b>Vida Saudável</b> /Estimular prática de atividade física e abandono do tabagismo em 30% da população
<b>6º passo. Resultados esperados</b>	<b>Atividade física 3x</b> por semana como caminhada e exercício em área adequada. <b>Propaganda educativa</b> nas rádios. <b>Palestras</b> nas escolas.
<b>6º passo. Produtos esperados</b>	<b>Cognitivo:</b> Educador físico para acompanhar as atividades. Espaço na rádio local. Profissional capacitado e com boa oratória para ministrar as palestras. <b>Político:</b> Conseguir espaço na rádio local e articulação intersetorial com toda a rede de ensino. <b>Financeiro:</b> Aquisição de recursos multimídia e folhetos educativos.
<b>6º passo. Recursos necessários</b>	<b>Cognitivo:</b> Educador físico para fazer e acompanhar a atividade proposta. <b>Político:</b> Articulação intersetorial e adesão dos profissionais a linha de cuidado. <b>Financeiro:</b> Material multimídia e produção e impressão de folhetos educativos.
<b>7º passo. Viabilidade do plano. Recursos críticos</b>	<b>Educador Físico:</b> Motivação favorável. <b>Secretário Municipal de Saúde:</b> Motivação favorável. <b>Secretário Municipal de Educação:</b> Motivação Favorável
<b>8º passo. Controle dos recursos críticos. Ações estratégicas</b>	Reuniões intersetoriais (diretor da rádio, escola e equipe de saúde). Médico e Enfermeira
<b>Ações estratégicas</b>	.
<b>Prazo</b>	3 meses para início das atividades
<b>9º passo. Acompanhamento do plano. Responsável (eis) e prazo. pelo</b>	<b>Programa de atividade física:</b> aos 3 meses: educador físico com programa pronto e implementado em todas as micro áreas. <b>Campanha educativa na rádio local:</b> aos 3 meses: formato e duração do programa definidos; conteúdo definido; definição do horário pela rádio local. <b>Palestras nas escolas:</b> aos 3 meses: definido profissional palestrando, temas abordados e apresentado prévia da palestra aos gestores.
<b>10º passo. Gestão do plano. Monitoramento e avaliação das ações</b>	Será avaliado conforme presença dos pacientes nos programas de ações e constância dessa presença, acompanhando os dados quantitativos de perda de peso, abandono do tabagismo e continuidade no programa. As correções serão abordadas conforme os dados de permanência no programa caíam, buscando sempre estimular o paciente a estar presente e em busca de melhores resultados para sua saúde e tratamento.

**Quadro 4** – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Conscientização/Educação sobre Hipertensão inadequada para enfrentamento do problema”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Saúde em Seu Lar, do município Limeira do Oeste, estado de Minas Gerais.

<b>Nó Crítico 2</b>	Conscientização/Educação Sobre Hipertensão Inadequada para enfrentamento do problema
<b>6º passo. Operação</b>	Conscientizar e educar pacientes hipertensos sobre a enfermidade.
<b>6º passo. Projeto</b>	<b>Hipertenso Consciente/População</b> mais bem informada sobre os riscos cardiovasculares. Palestras educativas sobre prevenção, o que é a hipertensão e a melhor forma de conviver com a enfermidade.
<b>6º passo. Resultados esperados</b>	Educação Permanente para os pacientes. Divulgação nos meios de comunicação, igreja, rádio local, escolas. Diminuir número de crises hipertensivas.
<b>6º passo. Produtos esperados</b>	Articulação intra e intersetorial. Organização da agenda <b>Cognitivo:</b> Palestrante capacitado e com boa oratória. Espaço adequado. Mobilização da população. <b>Político:</b> Conseguir espaço adequado e estimular população a participar. <b>Financeiro:</b> Pagamento ao palestrante, aquisição de recursos multimídia, impressão de folhetos para promover o evento.
<b>6º passo. Recursos necessários</b>	<b>Cognitivo:</b> Profissional capacitado. <b>Político:</b> Conseguir espaço adequado para as palestras. <b>Financeiro:</b> Material multimídia e produção e impressão de folhetos para promover o evento.
<b>7º passo. Viabilidade do plano. Recursos críticos</b>	<b>Palestrante:</b> Motivação favorável. <b>Secretário Municipal de Saúde:</b> Motivação favorável.
<b>8º passo. Controle dos recursos críticos. Ações estratégicas</b>	Reuniões com SMS para aquisição de um palestrante com conhecimento sobre o tema e local para ministrar as palestras, além de equipamentos e recursos necessários.
<b>Ações estratégicas</b>	Médico e Enfermeira.
<b>Prazo</b>	2 meses para início das atividades.
<b>9º passo. Acompanhamento do plano. Responsável (eis) e prazo. pelo</b>	<b>Palestrante:</b> aos 2 meses: Profissional definido, cronograma dos temas apresentados junto com prévia das palestras. <b>Mobilização da população:</b> aos 2 meses: ACS leva material de promoção do evento e incentiva todos os pacientes hipertensos. <b>Aquisição de local adequado:</b> aos 2 meses: definido através do SMS e Presidente da Câmara Municipal (local onde já ocorre o HiperDia).
<b>10º passo. Gestão do plano. Monitoramento e avaliação das ações</b>	Será avaliado conforme presença dos pacientes nos programas de ações e constância dessa presença, acompanhando os dados quantitativos de perda de peso, abandono do tabagismo e continuidade no programa. As correções serão abordadas conforme os dados de permanência no programa caíam, buscando sempre estimular o paciente a estar presente e em busca de melhores resultados para sua saúde e tratamento.

**Quadro 5 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Dieta e Alimentação Inadequada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Saúde em Seu Lar, do município Limeira do Oeste, estado de Minas Gerais.**

<b>Nó Crítico 3</b>	Dieta e Alimentação Inadequada
<b>6º passo. Operação</b>	Oferecer orientação sobre dieta nutricional mais adequada e saudável.
<b>6º passo. Projeto</b>	<b>Dieta Saudável/Abaixar 5-10% o peso corporal dos pacientes hipertensos ativos do HiperDia.</b>
<b>6º passo. Resultados esperados</b>	Alimentação mais saudável. Perca de peso. Melhor controle da pressão arterial.
<b>6º passo. Produtos esperados</b>	<b>Cognitivo:</b> Nutricionista para acompanhar pacientes e oferecer as dietas adequadas a cada um. <b>Político:</b> Conseguir disponibilidade do profissional nas atividades do HiperDia. <b>Financeiro:</b> Pagamento de adicional por atividade extra desenvolvida pelo profissional, para que o mesmo se sinta motivado e faça um trabalho de qualidade, que traga resultados efetivos.
<b>6º passo. Recursos necessários</b>	<b>Cognitivo:</b> Disponibilidade do profissional nutricionista. <b>Político:</b> Adequar horário do nutricionista as atividades do HiperDia. <b>Financeiro:</b> Pagamento adicional ao nutricionista.
<b>7º passo. Viabilidade do plano. Recursos críticos</b>	<b>Nutricionista:</b> Motivação favorável. <b>Secretário Municipal de Saúde:</b> Motivação favorável. <b>Prefeito:</b> Motivação Indiferente (devido ao aumento salarial ao nutricionista – é preciso convencê-lo da importância dessa atividade e dos resultados positivos para a população, porém, também para o governo, que podemos conquistar).
<b>8º passo. Controle dos recursos críticos. Ações estratégicas</b>	Reunião com SMS e Prefeito, explicando a necessidade e importância da ação, justificando o pagamento extra ao profissional nutricionista, de maneira que o deixe motivado e permita que seja feita uma atividade com mais qualidade e que alcance bons resultados para a população e o governo.
<b>Ações estratégicas</b>	Médico, Enfermeira Chefe e Secretário Municipal de Saúde.
<b>Prazo</b>	3 meses para início das atividades.
<b>9º passo. Acompanhamento do plano. Responsável (eis) e prazo. pelo</b>	<b>Nutricionista:</b> aos 3 meses: Profissional definido e já acompanhando o HiperDia para que comece propor propostas dietéticas adequada a cada paciente. <b>Adequar horário do nutricionista:</b> aos 3 meses: Reunião com SMS e Nutricionista adequando seu horário de trabalho e atividades extras, justificando o mesmo com pagamento adicional por esse trabalho “extra”. <b>Pagamento Adicional:</b> aos 3 meses: Definido, juntamente ao Prefeito, SMS e Nutricionista, o valor referente ao trabalho. Se será por carga horária ou por plano nutricional elaborado.
<b>10º passo. Gestão do plano. Monitoramento e avaliação das ações</b>	Será avaliado conforme presença dos pacientes nos programas de ações e constância dessa presença, acompanhando os dados quantitativos de perca de peso, abandono do tabagismo e continuidade no programa.

**Quadro 6** – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Estrutura do serviço de psicologia para combate ao tabaco a desejar”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Saúde em Seu Lar, do município Limeira do Oeste, estado de Minas Gerais.

<b>Nó Crítico 4</b>	Estrutura do serviço de psicologia para combate ao Tabaco a desejar
<b>6º passo. Operação</b>	Oferecer acompanhamento psicológico a fumantes que desejam parar de fumar.
<b>6º passo. Projeto</b>	<b>Psicologia antitabaco</b> /Conseguir que pelo menos 1/10 abandone de vez o hábito de fumar.
<b>6º passo. Resultados esperados</b>	Menos Tabagistas. Conseguir pelo menos 1/10 abandonos do tabagismo.
<b>6º passo. Produtos esperados</b>	<b>Cognitivo:</b> Psicólogo. <b>Político:</b> Adequar agenda do psicólogo para atendimento desses pacientes. <b>Financeiro:</b> Elaboração de material impresso para divulgação da atividade, aquisição de recursos multimídia.
<b>6º passo. Recursos necessários</b>	<b>Cognitivo:</b> Adequação da agenda do profissional ao atendimento desses pacientes. <b>Político:</b> Conseguir com o profissional, além do atendimento individual, palestras com o grupo 2x por semana. <b>Financeiro:</b> Material impresso e multimídia.
<b>7º passo. Viabilidade do plano. Recursos críticos</b>	<b>Psicólogo:</b> Motivação favorável. <b>Secretário Municipal de Saúde:</b> Motivação favorável.
<b>8º passo. Controle dos recursos críticos. Ações estratégicas</b>	Reunião com Psicólogo e SMS, organizando um período do dia, 3 vezes na semana, para atendimento desses pacientes e 2 vezes na semana para ministrar palestras ao grupo reunido.
<b>Ações estratégicas</b>	Médico, Enfermeira Chefe.
<b>Prazo</b>	3 meses para início das atividades.
<b>9º passo. Acompanhamento do plano. Responsável (eis) e prazo. pelo</b>	<b>Psicólogo:</b> aos 3 meses: Profissional definido e já com organização da agenda para atendimento individual e cronograma de palestras 2x por semana. <b>Material Impresso e Multimídia:</b> aos 3 meses: Já pronto e distribuído pelas ACS (de maneira que estimule e motive os pacientes a irem) e aquisição do material multimídia (que pode ser o mesmo já adquirido nos outros projetos para solução dos “nós críticos”).
<b>10º passo. Gestão do plano. Monitoramento e avaliação das ações</b>	Será avaliado conforme presença dos pacientes nos programas de ações e constância dessa presença, acompanhando os dados quantitativos de perda de peso, abandono do tabagismo e continuidade no programa. As correções serão abordadas conforme os dados de permanência no programa caíam, buscando sempre estimular o paciente a estar presente e em busca de melhores resultados para sua saúde e tratamento.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho pretende aproximar os pacientes hipertensos da eSF “Saúde em seu Lar” para que os mesmos se tornem mais proativos em relação ao tratamento e prevenção de riscos que pioram a evolução do quadro de hipertensão já instalado.

A elaboração do plano de intervenção para diminuir os riscos cardiovasculares nesses pacientes hipertensos tem por finalidade garantir uma melhor qualidade e expectativa de vida, uma vez que, além da própria hipertensão, os riscos cardiovasculares que a enfermidade causa são as principais causas de morbimortalidade.

Um bom controle dos níveis pressóricos, bem como a prática de atividades físicas, dieta e abandono do tabaco, para aqueles que são fumantes, são fatores primordiais para se diminuir os riscos cardiovasculares, aumentar a qualidade e expectativa de vida desses pacientes e dessa forma promover saúde para essa população.

Vale ressaltar que, a educação permanente desses pacientes, de modo a não só informar, mas também conscientizá-los sobre a enfermidade, os riscos que ela traz e a importância de adotar um estilo de vida mais saudável, é fundamental para que todos os nós críticos sejam bem resolvidos. Ainda, vários estudos relatam que um dos principais fatores de risco associados a pacientes hipertensos está associado ao uso do tabaco.

A despeito de reconhecer que muito ainda há que se fazer, acreditamos que formulações e discussões, no sentido de aprimoramento, seja apenas o início de uma longa jornada no combate a diminuição do risco cardiovascular em pacientes hipertensos e na promoção da saúde.

Espera-se uma equipe comprometida com o cuidado contínuo tendo como horizonte a prevenção da doença e a promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

A. Z. Ulbrich, R. L. Bertin, A. Stabelini Neto, R. Bozza, T. S. Piola & W. Campos. **Estado nutricional e hipertensão**. Motriz, Rio Claro, v.17, n.3, p.424-430, jul./set. 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Conheça cidades e os estados do Brasil**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/limeira-do-oeste/panorama>. Acesso em: 29 ago. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Conheça cidades e os estados do Brasil**. Brasília, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 29 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagem e tratamento do fumante**. Brasília: Instituto Nacional do Câncer, 2001. <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//tratamento-consenso.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2020.

CHEN, H.; YEH, M. L. Developing and evaluating a smoking cessation program combined with an Internet-assisted instruction program for adolescents with smoking. **Patient Education and Counseling**. Taiwan. 61(3), 411-418, 2006.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: trabalho de conclusão de curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2018. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo\\_Iniciacao-Metodologia\\_TCC.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf). Acesso em: 10 nov. 2019.

FALUDI, A. A. *et al.* Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 109, n. 2, Suplemento 1, p. 1-76, 2017. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02\\_DIRETRIZ\\_DE\\_DISLIPIDEMIA\\_S.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIA_S.pdf). Acesso em: 29 ago. 2020.

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO\\_AVALIACAO\\_PROGRAMACAO\\_Versao\\_Final.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIACAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf). Acesso em: 6 nov. 2019.

KAPLAN, N. M. Systemic hypertension: **Mechanisms and diagnosis**. In BRAUNWALD, E. **Heart disease**. 4th ed., WB Saunders, Philadelphia, p. 817-851, 1992.

KREUTER, M. W., CHEDDA, S. G., BULL, F. C. How does physician advice influence patient behavior? Evidence for priming effect. **Archives of Family Medicine**. Atlanta. 9, 426-433, 2000.

OLIVEIRA, E. P. *et al.* A Variedade da Dieta é Fator Protetor para a Pressão Arterial Sistólica Elevada. **Arq Bras Cardiol**, vol.98, n.4, pp.338-343. 2012.

PRESMAN, S., CARNEIRO, E., GIGLIOTTI, A. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo. 32(5), 267-275, 2005.

MALACHIAS, M.V.B. *et al.* SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA., 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**. São Paulo. 107(3Supl.3):1-83, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Publicações SBC. 2017. Disponível em <https://sbc-portal.s3.sa-east-1.amazonaws.com/diretrizes/Pocket%20Books/2017/7%C2%AA%20Diretriz%20Brasileira%20de%20Hipertens%C3%A3o%20Arterial.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2020.

WILSON P. W. F. *et al.* Twelve-year incidence of coronary heart disease in middle-aged adults during the era of hypertensive therapy: The Framingham Offspring Study. **Am J Med**. Framingham. 90: 11-16, 1991.