

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PERLA YAMILA GONZALEZ ORIHUELA**

**INCREMENTO DO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE “NORMANDO FERREIRA ESTEVES”, MUNICÍPIO DE  
ERVÁLIA. MINAS GERAIS**

**JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS  
2017**

**PERLA YAMILA GONZALEZ ORIHUELA**

**INCREMENTO DO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE “NORMANDO FERREIRA ESTEVES”, MUNICÍPIO DE  
ERVÁLIA. MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lígia Mohallem Carneiro

**JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS  
2017**

**PERLA YAMILA GONZALEZ ORIHUELA**

**INCREMENTO DO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE “NORMANDO FERREIRA ESTEVES”, MUNICÍPIO DE  
ERVÁLIA. MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Lígia Mohallem Carneiro - UFMG

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em        de        de 2017

## DEDICATÓRIA

Aos meus filhos que serão sempre minha fonte de inspiração e razão de minha existência.

Aos pacientes, que de forma ativa e direta me proporcionaram refletir, e desta forma, ajudá-los a intervir em algo que pode mudar as perspectivas de vida de cada um e de seus familiares.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos pacientes da UBS Normando Ferreira Esteves.

A minha tutora por ter tido paciência durante todas as fases que passamos e por ter me auxiliado na formação e criação.

A todos aqueles que de forma direta ou indireta, fizeram parte deste trabalho.

“Se eu puder aliviar a aflição de uma vida, ou aplacar uma dor,  
ou ajudar um frágil passarinho a retornar ao seu ninho não terei  
vivido em vão”.

- EMILY DICKINSON -

## RESUMO

A hipertensão é uma doença assintomática, crônica, mas relativamente fácil de detectar, no entanto, se apresenta com complicações graves e fatais quando não tratada precocemente. O objetivo da intervenção foi melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial da Unidade Básica de Saúde Normando Ferreira Esteves, do município de Ervália - MG inserindo ações educativas para os hipertensos da área de abrangência. O projeto de intervenção contou com a participação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família: médica, enfermeira, cirurgiã dentista, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, e profissionais da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. O projeto foi desenvolvido durante seis meses, toda a equipe se envolveu nesta intervenção planejando e realizando ações de capacitação, atualizações, exames clínicos, registros, buscas ativas dos usuários faltosos, visitas domiciliares, atividades de grupo com os hipertensos e seus familiares, bem como, rodas de conversas e depoimentos. Através da avaliação dos depoimentos colhidos nos encontros, pôde-se concluir que a comunidade, apesar de compreender o risco de doenças e a gravidade, ainda não se mostra completamente preparada para enfrentar ou evitar fatores de riscos, tendo muito que aprender para se ter uma vida saudável. A população alvo foi de 695 usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica pertencente à área adstrita da Unidade Básica de Saúde, foram cadastrados 553 usuários com hipertensão e conseguimos aumentar a cobertura para 79,6% dos usuários hipertensos. A intervenção já está estabelecida na rotina das atividades da Unidade Básica de Saúde.

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

## ABSTRACT

Hypertension is an asymptomatic, chronic but relatively easy to detect disease, however, it presents with severe and fatal complications when not treated early. The objective of the intervention was to improve the health care of users with Arterial Hypertension of the Basic Health Unit Normando Ferreira Esteves, from the city of Ervália - MG, inserting educational actions for the hypertension patients in the area covered. The intervention project was attended by Family Health Strategy professionals: doctors, nurses, dentist surgeons, nursing technicians, community health agents, and professionals from the Family Health Support Unit team. The project was developed over a period of six months. The entire team was involved in this intervention, planning and carrying out training actions, updates, clinical exams, records, active searches of missing users, home visits, group activities with hypertensive and their families, as well as, Conversation wheels and testimonials. Through the evaluation of the testimonies gathered in the meetings, it was possible to conclude that the community, despite understanding disease risk and severity, is not yet fully prepared to face or avoid risk factors, having much to learn in order to have a healthy life. The target population was 695 users with Systemic Arterial Hypertension belonging to the attached area of the Basic Health Unit, 553 users with hypertension were enrolled and we were able to increase coverage to 79.6% of hypertensive users. The intervention is already established in the routine activities of the Basic Health Unit.

**Keywords:** Family Health Strategy. Primary Health Care. Hypertension. Education in Health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual em Saúde
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>MG</b>	Minas Gerais
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>SciELO</b>	Scientific Electronic Library Online
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>USB</b>	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>13</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>16</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>17</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>18</b>
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b>	<b>22</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>25</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>26</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Ervália é um município brasileiro no interior do estado de Minas Gerais, pertence a microrregião de Viçosa e à mesorregião da Zona da Mata, localiza-se a cerca de 265 Km da capital do estado. Seu território é de 357,489 km<sup>2</sup>, deste total, 19,894 km<sup>2</sup> estão em perímetro urbano. Sua população em 2010 segundo o IBGE é de 17,946 habitantes, sendo assim, o 201º mais populoso do estado de Minas Gerais. A densidade demográfica é de 50,20 hab/km<sup>2</sup> (BRASIL, 2011).

Contamos no município com oito equipes de saúde da família, um centro de saúde que tem atendimento na atenção primária e secundária (oftalmologista, obstetrícia, ginecologia, pediatria, otorrinolaringologista, cardiologista, ortopedista, cirurgião geral), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) adulto, um CAPS infantil, um centro de fisioterapia, e um hospital (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013).

Nosso Posto de Saúde da Família (PSF) assiste a uma população de aproximadamente 2,788 pessoas, sendo a maioria jovem e adulta. Nela, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a primeira causa de morbidade cardiovascular, observando-se um deficiente controle em pacientes portadores da doença. Sendo assim, a HAS, é o principal problema de saúde da área de abrangência, necessitando então, de um controle adequado.

Na Unidade Básica de Saúde (UBS), oferecemos atendimento ao programa de HIPERDIA duas vezes por semana, os usuários que mais frequentam a UBS são os hipertensos e diabéticos, os mesmos são agendados para atendimento médico e de enfermagem. Temos cadastrados no programa 693 usuários, que representam uma cobertura de 87%. Durante as consultas é realizada a classificação de risco cardiovascular, sendo feita durante todo o período de acompanhamento dos usuários. As ações desenvolvidas na unidade de saúde incluem: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, problemas de saúde bucal, obesidade e sedentarismo. A equipe de saúde realiza ações educativas e atividades em grupo com hipertensos nos ambientes da unidade de saúde e em espaços comunitários, os grupos ocorrem uma vez ao mês e todos os membros da equipe participam. As orientações sobre a prática de atividade física regular e alimentação saudável são fornecidas a 100% dos usuários, após a consulta, o usuário sai com a

próxima consulta agendada. Usamos o protocolo de Atendimento de Hipertensão Arterial Sistêmica de 2013 (BRASIL, 2013).

Os aspectos positivos evidenciados na atenção aos hipertensos são a flexibilidade de agendamento de consultas, realização de ações educativas de forma sistemática e organizada, formação do grupo de HIPERDIA, indicação de exames complementares e estratificação do risco cardiovascular. As dificuldades apresentadas são: a ausência de gestão e avaliação da atenção aos hipertensos e diabéticos, e a baixa adesão à avaliação em saúde bucal.

Na UBS “Normando Ferrer Esteves”, no município de Ervália, observam-se falhas no levantamento sobre a prevalência da hipertensão arterial e de atividades educativas para a comunidade. Desta forma, o presente Projeto de Intervenção, visa sanar possíveis dúvidas, prestar orientação e alertar sobre os principais malefícios à saúde relacionados a esta doença, visando práticas preventivas para diminuir as complicações e a letalidade, através de ações educativas na Unidade de Saúde.

Em nosso PSF, a prevalência de hipertensão arterial é 22,3%. Há na área de abrangência usuários com complicações devido a essas doenças, como: invalidez parcial ou total, com graves repercussões para o usuário, sua família e para a sociedade.

O objeto da intervenção visa atingir 100% dos pacientes hipertensos cadastrados na unidade, tendo em conta fatores de risco (obesos, tabagistas e sedentários). O universo estará formado por 512 pacientes segundo os critérios já expostos, serão utilizados como critérios de exclusão aqueles pacientes acamados e com doenças mentais de moderadas a severas.

## 2 JUSTIFICATIVA

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública (BRASIL, 2013).

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, destas, 54% por acidente vascular cerebral (AVC) e 47% por doença isquêmica do coração, sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (IRAOLA; ORDUÑEZ, 2013).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, (SEBBA; LIMA, 2013) esta doença tem nos últimos 20 anos uma prevalência de 20%, as suas principais complicações são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Em 2007 foram internados no SUS 1.157.509 pacientes por doenças cardiovasculares, e ocasionou à inclusão de 94.282 indivíduos no Programa de Diálises, já o ano 2009, houve uma diminuição, com 91.970 internações e um custo de 165.461.644,33 reais (DE MOURA; MAMOREN, 2013).

A HAS constitui o principal fator de risco para as doenças do aparelho circulatório e a doença de maior prevalência (23,2% dos indivíduos de 18 anos e mais). A incidência desta doença alcança 26,5%, taxa em relação direta com a relatada para nosso município e para o Brasil (LIMA; PEREIRA, 2013).

O controle da hipertensão arterial e seus fatores de risco, implicam em transformações expressivas na vida dos indivíduos, sejam elas na esfera psicológica, familiar, social ou econômica ou pela possibilidade de agravamento em longo prazo, o que resulta, geralmente, em mudanças nos hábitos de vida dos portadores desta doença, exigindo esforços não apenas das mesmas, mas também de seus familiares, e das pessoas próximas (ÁLVAREZ, 2011).

As mudanças no estilo de vida são recomendadas na prevenção primária da HAS, hábitos de vida saudáveis devem ser adotados desde a infância e a

adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar doenças (GIROTTTO *et. al.*, 2013).

Há uma relação direta entre o estilo de vida do indivíduo com os fatores de risco para a HAS. A adoção de um estilo de vida saudável constitui a melhor forma de prevenir a ocorrência de hipertensão arterial. Os profissionais da atenção básica de saúde tem papel importante nas estratégias de controle da hipertensão arterial, realizando ações de promoção e prevenção de saúde nestes indivíduos, para modificar a qualidades de vida dos hipertensos e desta forma, mudar seus estilos de vida (GUEDES *et.al.*, 2011).

O estilo de vida refere-se àqueles padrões de vida adotados pelos indivíduos que influenciam positiva ou negativamente a saúde dos mesmos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua estilo de vida como resultante de padrões comportamentais, relacionados com as características pessoais, as condições econômicas e socioambientais, que interagem intimamente, compreendidos como um modo de viver que conduz a maneira de ser do sujeito, aos hábitos e suas expressões. A forma de vida da pessoa varia de acordo com o grupo social e cultural em que a mesma se encontra inserida. Num determinado sentido, os chamados fatores de riscos como: tabagismo, estilismo, alimentação inadequada, sedentarismo e estresse, são formas adaptativas do sujeito diante das tensões do cotidiano (IRAOLA; ORDUÑEZ, 2013).

Entende-se assim, que estilo de vida envolve a subjetividade do sujeito em seu contexto social, de modo que, a objetivação da saúde e ou da doença tem uma dimensão psicossomática que não pode ser ignorada nas intervenções de saúde. Desse modo, as doenças, além dos aspectos sociais e fisiopatológicos, possuem associação com a emoção, a qual as condições corporais afetam a mente e vice-versa, num processo complexo e relacionado com o meio (LIMA; PEREIRA, 2013).

Entre os hábitos de vida saudáveis, sublinha-se a importância da redução da ingestão de sal na alimentação, preferência por uma dieta rica em frutas e vegetais, alimentos com baixo teor em gorduras saturadas, prática regular de exercício físico, consumo moderado de álcool, cessação do hábito de fumar, redução de peso em indivíduos obesos, e evitar o estresse (SAINZ; FERERES, 2013).

Mudanças no estilo de vida, além de reduzir as cifras pressóricas, contribuem para corrigir ou minimizar outros fatores de risco presentes, melhorando a saúde

cardiovascular como um todo. Mudar o estilo de vida é uma tarefa difícil, e quase sempre é acompanhada de muita resistência, por isso, a maioria das pessoas não consegue fazer modificações e, especialmente mantê-las por muito tempo. No entanto, a educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas a essas mudanças, para fins de prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HAS, através de hábitos e atitudes saudáveis (BRASIL, 2013).

A educação em saúde é, então, imprescindível, pois não é possível o controle adequado da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamenta o tratamento. A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle da doença e na prevenção de suas complicações. No novo cenário da Estratégia de Saúde da Família, que reorganiza a prática assistencial em novas bases e critérios, a abordagem, não só do paciente, mas de toda a família e a comunidade estão vinculadas a um médico e a uma equipe de saúde específica (CHAVES *et al.*, 2013).

A educação em saúde é indicada como uma das estratégias com eficiência capaz de estimular a participação do paciente no tratamento. Para que se obtenha sucesso em um processo educativo, é indispensável o conhecimento pelo paciente a respeito da doença da qual é portador. Contudo, a implementação de medidas educativas é necessária e precisa de continuidade. É evidente que educar e conscientizar o paciente sobre os benefícios é fundamental para o sucesso da adesão do mesmo às estratégias desenhadas para a recuperação de sua saúde (ARELLANO; CONTRERAS; PATIÑO, 2012).

Um dos objetivos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) é modificar o quadro atual de prevalência das doenças crônicas, por meio das mudanças do estilo de vida, que pode influenciar vários fatores de risco. Hábitos alimentares, atividade física, bebidas alcoólicas e tabagismo são os principais fatores de risco, potencialmente controláveis, da hipertensão arterial (IRAOLA; ORDUÑEZ, 2013).

### **3 OBJETIVOS**

#### 3.1 Geral

- Incrementar o controle da HAS na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde “Normando Ferreira Estevez”, no município de Ervália, MG.

#### 3.2 Específicos

- Melhorar a qualidade da atenção a pacientes hipertensos
- Aumentar a adesão de hipertensos ao programa de controle da doença
- Promover o conhecimento dos hipertensos referente aos fatores de risco para doenças cardiovasculares
- Promover estilos de vida saudáveis aos pacientes hipertensos.

### 3 METODOLOGIA

O presente trabalho apresenta um Plano de intervenção a ser desenvolvido na Equipe de Saúde da Família “Normando Ferreira Estevez” do município de Ervália-MG para a melhoria da atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Para a sua elaboração trabalhou-se em dois momentos: o primeiro com o diagnóstico da situação de saúde e definição de problemas prioritários e o segundo com elaboração de um Plano de Intervenção (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

No segundo foi realizada revisão e atualização científica do manejo na atenção primária em saúde da hipertensão arterial sistêmica (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013).

Foram consultadas as redes virtuais BVS e SciELO além do Manual de Iniciação Científica (MARIANO *et al.*, 2016).

Os critérios para seleção dos artigos foram: estarem escritos em português ou espanhol, terem sido publicados nos últimos 5 anos e estarem relacionados aos objetivos do trabalho.

Para a pesquisa bibliográfica foram utilizados os seguintes descritores: Atenção Primária à Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Hipertensão. Educação em Saúde.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

A HAS representa um sério problema de saúde pública, com uma prevalência que atinge mais de 30% da população adulta no Brasil. Valores de pressão arterial sustentadamente elevados, principalmente quando acompanhados de diabetes e dislipidemia, estão relacionados à maior incidência de eventos mórbidos, como cardiopatia isquêmica (CI), acidente vascular cerebral (AVC) e doenças vasculares renais e periférica, responsáveis por 65% dos óbitos na população adulta de 30 a 69 anos (BRANDÃO *et al.*, 2015).

Cerca de 40% dos pacientes hipertensos não conseguem manter níveis de pressão arterial controlados. No Brasil, essa parcela é ainda maior, atingindo valores de 70% a 89% em diferentes estudos. A maior razão para o controle inadequado é a falta de adesão ao tratamento, uma vez que um percentual considerável de remédios prescritos por médicos e recomendações de mudança nos hábitos de vida não são acatados por muitos pacientes. Apenas 22% dos doentes seguem todas as orientações médicas (GIROTTO *et al.*, 2013).

Intervenções não farmacológicas têm sido apontadas na literatura pelo baixo custo, risco mínimo e pela eficácia na diminuição da pressão arterial. Entre elas estão: a redução do peso corporal, a restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física. Deste modo, a intervenção não farmacológica presta-se ao controle dos fatores de risco e às modificações no estilo de vida, a fim de prevenir ou deter a evolução da hipertensão arterial. O conhecimento do perfil sócio demográfico dos pacientes hipertensos, do uso que fazem dos serviços de saúde e das estratégias terapêuticas que conhecem e utilizam, é importante para direcionar intervenções mais eficazes de controle da doença (GUEDES *et al.*, 2011).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública (IRAOLA; ORDUÑEZ, 2013).

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, destas, 54% por acidente vascular cerebral (AVC) e 47% por doença isquêmica do coração, sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (IRAOLA M; ORDUÑEZ, 2013).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SEBBA; LIMA, 2013) esta doença tem nos últimos 20 anos uma prevalência de 20%. As suas principais complicações são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionado custos médicos e socioeconômicos elevados. No ano 2007 foram internados no SUS 1.157.509 pacientes por doenças cardiovasculares, e ocasionou à inclusão de 94.282 indivíduos no Programa de Diálises, já o ano 2009 houve uma diminuição com 91.970 internações com um custo de 165.461.644,33 reais (DE MOURA; MAMOREN, 2013).

A HAS constitui o principal fator de risco para as doenças do aparelho circulatório e a doença de maior prevalência em 23, 2% dos indivíduos de 18 anos ou mais. A prevalência para esta doença alcança até 26,5%, taxa em relação direta com a relatada para nosso município e para o Brasil (LIMA; PEREIRA, 2013).

O controle da hipertensão arterial e seus fatores de risco implicam em transformações expressivas na vida dos indivíduos, sejam elas na esfera psicológica, familiar, social ou econômica e pela possibilidade de agravo em longo prazo, o que resulta, geralmente, em mudanças nos hábitos de vida dos portadores desta doença, exigindo esforços não apenas das mesmas, mas também de seus familiares, e de pessoas próximas (ÁLVAREZ, 2011).

As mudanças no estilo de vida são recomendadas na prevenção primária da HAS. Hábitos de vida saudáveis devem ser adotados desde a infância e a adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar doenças (GIROTTO *et. al.*, 2013).

Há uma relação direta entre o estilo de vida do indivíduo com os fatores de risco para a HAS. A adoção de um estilo de vida saudável constitui a melhor forma de prevenir a ocorrência de hipertensão arterial. Os profissionais da atenção básica de saúde tem um papel importante nas estratégias de controle da hipertensão arterial, realizando ações de promoção e prevenção de saúde nestes

indivíduos, para modificar a qualidades de vida dos hipertensos e desta forma mudar seus estilos de vida (GUEDES *et.al.*, 2011).

O estilo de vida refere-se àqueles padrões adotados pelos indivíduos que fazem parte de suas atividades diárias e influenciam positiva ou negativamente a saúde dos mesmos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua estilo de vida como resultante de padrões comportamentais, relacionados com as características pessoais, as condições econômicas e socioambientais, que interagem intimamente. É compreendido como um modo de viver que conduz a maneira de ser do sujeito, aos hábitos e suas expressões. A forma de vida da pessoa varia de acordo com o grupo social e cultural em que a mesma se encontra inserida. Num determinado sentido, os chamados fatores de riscos como tabagismo, estilismo, alimentação inadequada, sedentarismo e estresse são formas adaptativas do sujeito diante das tensões do cotidiano (IRAOLA; ORDUÑEZ, 2013).

Entende-se assim, que estilo de vida envolve a subjetividade do sujeito em seu contexto social, de modo que a objetivação da saúde e ou da doença tem uma dimensão psicossomática que não pode ser ignorada nas intervenções de saúde. Desse modo, as doenças, além dos aspectos sociais e fisiopatológicos, possuem associação com a emoção, a qual as condições corporais afetam a mente e vice-versa, num processo complexo e relacionado com o meio (CHAVES *et al.*, 2013).

Entre os hábitos de vida saudável sublinha-se a importância da redução da ingestão de sal na alimentação, preferência por uma dieta rica em frutas e vegetais, baixo teor de gorduras saturadas, prática regular de exercício físico, consumo moderado de álcool, cessação do hábito de fumar, redução de peso em indivíduos obesos, e evitar o estresse (SAINZ; FERERES, 2013).

Mudanças no estilo de vida, além de reduzir as cifras pressóricas, contribuem para corrigir ou minimizar outros fatores de risco presentes, melhorando a saúde cardiovascular como um todo. Mudar o estilo de vida é uma tarefa difícil, e quase sempre é acompanhada de muita resistência, por isso, a maioria das pessoas não consegue fazer modificações e, especialmente mantê-las por muito tempo. No entanto, a educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas a essas mudanças, para fins de prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HAS, através de hábitos e atitudes saudáveis (BRASIL, 2013).

A educação em saúde é, então, imprescindível, pois não é possível o controle adequado da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamenta o tratamento. A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle da doença e na prevenção de suas complicações. No novo cenário da Estratégia de Saúde da Família, que reorganiza a prática assistencial em novas bases e critérios, a abordagem, não só do paciente, mas toda a família e a comunidade estão vinculadas a um médico e a uma equipe de saúde específica (CHAVES *et al.*, 2013).

A educação em saúde é indicada como uma das estratégias com eficiência capaz de estimular a participação do paciente no tratamento. Para que se obtenha sucesso em processo educativo é indispensável o conhecimento pelo paciente a respeito da doença da qual é portador. Contudo, a implementação de medidas educativas é necessária e precisa de continuidade. É evidente que educar e conscientizar o paciente sobre os benefícios é fundamental para o sucesso da adesão dele às estratégias desenhadas para a recuperação de sua saúde (ARELLANO; CONTRERAS; PATINÕ, 2012).

Um dos objetivos da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) é modificar o quadro atual de prevalência das doenças crônicas, por meio das mudanças no estilo de vida, que pode influenciar vários fatores de risco. Hábitos alimentares, atividade física, o consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo são os principais fatores de risco, potencialmente controláveis, da hipertensão arterial (IRAOLA; ORDUÑEZ, 2013).

O Projeto de Intervenção será estruturado e programado com a mudança no processo de trabalho da equipe, incorporando um maior número de ações de saúde, encaminhadas a incorporar estilos de vida saudáveis da população de hipertensos através de palestras educativas em parcerias com a equipe do NASF e os orientadores físicos.

A intervenção é importante no contexto da UBS porque permitirá a melhora do cadastramento de usuários com HAS e a qualidade de atenção dos usuários, assim como, a participação deles em atividades de grupo, promovendo dessa, forma a diminuição das complicações destas doenças. Considerando que estas doenças podem levar à invalidez parcial ou total, a intervenção permitirá além da identificação precoce de casos, evitar futuras complicações, melhorar a qualidade de saúde oferecida à população e reduzir gastos com hospitalizações, exames e medicações.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

**Quadro 1 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema com o controle da hipertensão arterial, da população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Normando Ferreira Esteves, no município de Ervália, Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 1</b>	Aumentar a pesquisa de HAS na população maior de 20 anos.
<b>Operação</b>	Aumentar o número de atendimentos programados e pesquisa ativa de hipertensão arterial em população maior de 20 anos.
<b>Projeto</b>	<b>HiperDia.</b>
<b>Resultados esperados</b>	Melhorar o controle de hipertensão arterial em pacientes portadores e aumentar a qualidade de vida da população.
<b>Produtos esperados</b>	Avaliar o conhecimento sobre a importância de desenvolver um tratamento adequado dos pacientes sobre HAS.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médico, enfermeira, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, nutricionista.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: UBS, NASF, CAPS, TFD. Cognitivo: Palestras, Rodas de conversas, Audiências por pessoal qualificado. Financeiro: Convênios da Prefeitura com as instituições. Político: Secretaria de Saúde.
<b>Recursos críticos</b>	Financeiro.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretaria de saúde. Motivação: Melhorar qualidade de vida da população e diminuir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentação do projeto HiperDia.
<b>Responsáveis:</b>	Pelo projeto: a equipe de saúde, secretaria de saúde e prefeitura. Pelas operações: planejamento das atividades semanalmente pela equipe de saúde.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Atividade semanal: palestra nutricional e estilo de vida saudável. Quinzenalmente: acompanhamento a comunidades apartadas, pesquisa ativa de doentes, realização de HGT e tomadas de PA.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação.</b>	Acompanhamento do projeto pelos médicos e enfermeiras da UBS. Supervisões sistemáticas pelos funcionários da secretaria de saúde.

**Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema com o controle de hipertensão arterial, da população, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Normando Ferreira Esteves, no município de Ervália, Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 2</b>	Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes portadores de HAS e seu grupo familiar
<b>Operação</b>	Transmitir palestras, audiências, rodas de conversas e videoconferências.
<b>Projeto</b>	<b>HiperDia.</b>
<b>Resultados esperados</b>	Melhorar o nível de conhecimento dos pacientes e de suas famílias em como lograr um melhor controle de esta doença.
<b>Produtos esperados</b>	Avaliar o conhecimento sobre a importância de desenvolver um tratamento adequado dos pacientes sobre HAS.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médico, enfermeira, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, nutricionista.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: UBS, NASF, CAPS, TFD. Cognitivo: Palestras, Rodas de conversas, Audiências por pessoal qualificado. Financeiro: Convênios da Prefeitura com as instituições. Político: Secretaria de saúde.
<b>Recursos críticos</b>	Financeiro.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretaria de saúde. Motivação: Melhorar a qualidade de vida da população e diminuir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentação do projeto HiperDia.
<b>Responsáveis</b>	Pelo projeto: a equipe de saúde, secretaria de saúde e prefeitura. Pelas operações: planejamento das atividades semanal pela equipe de saúde.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Atividade semanal: palestra nutricional e estilo de vida saudável. Quinzenalmente: acompanhamento a comunidades apartadas, pesquisa ativa de doentes, realização de HGT e tomadas de PA.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Acompanhamento do projeto pelos médicos e enfermeiras da UBS. Supervisões sistemáticas pelos funcionários da secretaria de saúde.

**Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema com o controle de hipertensão arterial, da população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Normando Ferreira Esteves, no município de Ervália, Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 3</b>	Incentivar a melhoria dos hábitos e estilos de vida adequados em portadores de HAS.
<b>Operação</b>	Diminuir em 20% o número de pessoas que fazem uso excessivo de sal, gordura saturada, açúcares, e assim diminuir 20 % o número de sedentários, obesos, num período de um ano.
<b>Projeto</b>	<b>HiperDia.</b>
<b>Resultados esperados</b>	Modificar hábitos alimentares não saudáveis e proporcionar melhor atividade física supervisionada.
<b>Produtos esperados</b>	Avaliar o conhecimento sobre a importância de desenvolver um tratamento adequado dos pacientes sobre HAS, diminuir em 20% o número de pessoas que fazem uso excessivo de sal, gordura saturada, açúcares, e assim diminuir 20 % o número de sedentários, obesos, num período de um ano.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médico, enfermeira, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, nutricionista.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: UBS, NASF, CAPS, TFD. Cognitivo: Palestras, Rodas de conversas, Audiências por pessoal qualificado. Financeiro: Convênios da Prefeitura com as instituições. Político: Secretaria de saúde.
<b>Recursos críticos</b>	Financeiro.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretaria de saúde. Motivação: Melhorar a qualidade de vida da população e diminuir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentação do projeto HiperDia.
<b>Responsáveis</b>	Pelo projeto: a equipe de saúde, secretaria de saúde e prefeitura. Pelas operações: planejamento das atividades semanalmente pela equipe de saúde.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Atividade semanal: palestra nutricional e estilo de vida saudável. Quinzenalmente: acompanhamento a comunidades apartadas, pesquisa ativa de doentes, realização de HGT e tomadas de PA.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Acompanhamento do projeto pelos médicos e enfermeiras do UBS. Supervisões sistemáticas pelos funcionários da secretaria de saúde.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste projeto de intervenção tem como finalidade melhorar o acolhimento, cadastrar e realizar o acompanhamento de 100% dos hipertensos do território de atuação da UBS Normando Ferreira Esteves, diminuir a incidência dos fatores de risco e diminuir a morbimortalidade desta doença.

Após ser implementado o projeto, esperamos um acréscimo na adesão dos pacientes ao tratamento e mudanças no estilo de vida, mais pacientes comparecerá às caminhadas e assumirá uma dieta saudável.

No projeto participaram 365 hipertensos para um 91,9% do total de pacientes com HAS. Após ser aplicada a nova programação, onde só seriam atendidos em consulta médica depois das atividades de grupo, houve um acréscimo na adesão dos pacientes, o que diz respeito, à mudança de estilo de vida. 216 para um 43,4% dos pacientes abordados, aderiram às caminhadas, 168 para um 70,8% assumiram uma dieta adequada (segundo as orientações da nutricionista, ambos orientados pela equipe do NASF).

A qualidade do atendimento dos usuários com hipertensão melhorou e interagimos com a comunidade e gestão municipal. Compartilhamos temas, dúvidas, experiências nas reuniões, na comunidade, nas visitas domiciliares, aprenderam a resolver situações apresentadas nas visitas domiciliares. Consegui promover câmbios no estilo de vida da comunidade, trabalhamos unidos, compartilhamos opiniões, ideias e iniciativas.

## REFERÊNCIAS

- ÁLVAREZ, Y. **Trabajo de Intervención Educativa: Modificación de conocimientos sobre Hipertensión Arterial**. La Habana. Cuba. 2011. [online]. Disponível em: <[http://www.portalesmédicos.com/Modificacion\\_de\\_conocimientos\\_sobre\\_hipertension\\_arterial](http://www.portalesmédicos.com/Modificacion_de_conocimientos_sobre_hipertension_arterial)>. Acesso em: 14/09/2015
- ARELLANO, A.; CONTRERAS, F.; PATIÑO, P. **Trabalho de Intervenção Educativa em relações a Pressão Arterial elevada e os fatores de risco modificável**. 2012. [online]. Disponível em: <[http://www.revistahipertension.com/intervencion\\_educativa](http://www.revistahipertension.com/intervencion_educativa)>. Acesso em: 14/09/2015
- BRANDÃO, A. P. *et al.* I diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. vol 84 Suppl 1 p. 8-14,. 2005
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)
- CAMPOS, F.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. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3)>. Acesso em: 14/09/2015
- CHAVES, E.S. *et al.* Eficácia de programas de educação para adultos portadores de Hipertensão Arterial. **Rev Bras Enferm**. v.59, n.4, p 543-547. 2006;
- CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 14/09/2015
- DE MOURA, C.; MAMOREN, E. **Adesão às medidas de controle de Hipertensão Arterial Sistêmica: O acompanhamento do hipertenso**. 2013. [online]. Disponível em: <<http://www.ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewfile/11051/7519>> Acesso em 10/09/2015.
- GIROTTI, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Londrina, V.18, n.6, p. 1763-1772. 2013.

GUEDES, M. V. C. *et.al.* Barreiras ao tratamento da hipertensão. **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEN**, Brasília, V. 64, n. 6, p.1038-1042. 2011.

IRAOLA, M.; ORDUÑEZ, P. **Taller para acelerar la implementación del manejo del riesgo cardiovascular en los servicios de salud. Buenos Aires, Argentina.** Organización Panamericana de la Salud. Departamento de enfermedades no transmisibles y Salud Mental. 2013. [online]. Disponível em: <[http://www.paho.org/hipertension/?page\\_id=37](http://www.paho.org/hipertension/?page_id=37)>. Acesso em: 31/11/2015.

LIMA, L.; PEREIRA, R. **Orientações quanto à prevenção de Hipertensão Sistêmica e seus agravos: alguns apontamentos.** 2013. [online]. Disponível em: <<http://www.uff.br/promoçãodasaude/orient.prev.has.pdf>>. Acesso em: 10/09/2015.

MARIANO, A. M. *et. al.* **Manual de Elaboração de Projetos de Iniciação Científica.** Brasília, 2016. [online]. Disponível em: <<https://www.uniceub.br/media/833195/manualdeelaboracaodeprojetosdeic.pdf>>. Acesso em: 31/05/2016

SAINZ, M.; FERERES, J. **Estudio sobre Intervención Educativa en el paciente hipertenso com tratamiento farmacológico.** 2013. [online]. Disponível em: <<http://www.fundadeps.org/download.asp?File=recursos/documentos/134/intervencion-educativa-paciente-hipertenso.pdf>>. Acesso em 14/09/2015.

SEBBA, W.; LIMA, A. L. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Sintomas de Pressão Alta.** Tua Saúde. 2013. [online]. Disponível em: <[http://www.tuasaude.com/sintomas\\_de\\_pressao\\_alta\\_SIAB](http://www.tuasaude.com/sintomas_de_pressao_alta_SIAB)>. Secretaria Municipal de Saúde. 2013. Acesso em: 30/10/2015.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Secretaria Municipal de Saúde Município Ervália, MG.** 2013. [online]. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php/minasgerais|ervalia|infograficos:historico>>. Acesso em: 13/03/2015.