

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

Sandro Geraldo Pires Anastácio

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA OS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA MÃE DE DEUS 2,
GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS

Belo Horizonte
2020

Sandro Geraldo Pires Anastácio

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA OS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA MÃE DE DEUS 2,
GOVERNADOR VALADARES/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. Aline Cristina
Souza da Silva

Belo Horizonte

2020

Sandro Geraldo Pires Anastácio

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA OS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA MÃE DE DEUS 2,
GOVERNADOR VALADARES/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: Professora Aline Cristina Souza da Silva

Banca examinadora

Professora Aline Cristina Souza da Silva, Doutora em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Professora Maria Marta Amancio Amorim, Doutora em Enfermagem. Centro Universitário Unifacvest

Aprovado em Belo Horizonte, em 24 de junho de 2020.

RESUMO

Hipertensão Arterial é uma doença crônica não transmissível, altamente prevalente no mundo todo. No Brasil, segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se que cerca de 30% da população com 40 anos de idade ou mais possa ser acometido pela doença, tornando-a um grande problema para os gestores da área da saúde. Trata-se de uma doença silenciosa, assintomática, onde existem diversos fatores genéticos e comportamentais associados ao seu desenvolvimento. Os fatores de risco relacionados aos hábitos de vida são os mais capazes de mudar significativamente a história natural da doença. Este trabalho contém uma proposta de intervenção que busca enfatizar a importância da prevenção no que se refere a hipertensão, visando minimizar a probabilidade do surgimento de comorbidades relacionadas a tal doença. O objetivo desse estudo é elaborar um plano de intervenção para os usuários hipertensos da Estratégia Saúde da Família Mãe de Deus 2, Governador Valadares/ Minas Gerais, a fim de diminuir a chance de desenvolvimento de morbidades associadas à hipertensão arterial sistêmica. Para a estruturação dessa proposta de intervenção foi realizado o diagnóstico situacional da Estratégia Saúde da Família Mãe de Deus 2, que por sua vez foi necessário para subsidiar a organização de um plano de ação, esse foi elaborado por meio dos dez passos estabelecidos pelo Planejamento Estratégico Situacional. Posteriormente foi realizado um levantamento bibliográfico acerca do assunto, usando como palavras-chave: Planejamento em Saúde, Atenção primária e Hipertensão. Por meio da realização do presente trabalho, espera-se promover melhorias no processo de trabalho da equipe Mãe de Deus 2, e conseqüentemente a prestação de um serviço mais efetivo à população cadastrada.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde. Atenção primária à saúde. Hipertensão.

ABSTRACT

Hypertension is a chronic non-communicable disease, highly prevalent worldwide. In Brazil, according to the World Health Organization, it is estimated that about 30% of the population aged 40 years or older may be affected by the disease, making it a major problem for health managers. It is a silent, asymptomatic disease, where there are several genetic and behavioral factors associated with its development. Being that, the risk factors related to lifestyle are the most capable of significantly changing the natural history of the disease. This work contains an intervention proposal that seeks to emphasize the importance of prevention in relation to hypertension, aiming to minimize the probability of the appearance of comorbidities related to such disease. The objective is to develop an Intervention plan for hypertensive users of the Family Health Strategy Mãe de Deus 2, Governador Valadares/Minas Gerais, in order to decrease the chance of developing comorbidities associated with hypertension. For the structuring of this intervention proposal, the situational diagnosis of the Mãe de Deus 2 Family Health Strategy was carried out, which it was necessary to support the organization of an action plan, which was elaborated through the ten steps established by the Strategic Planning Situational. Subsequently, a bibliographic survey was carried out on the subject, using as keywords: Health Planning, Primary Care and Hypertension. By carrying out this work, it is expected to promote improvements in the work process of the Mãe de Deus 2 team, and consequently the provision of a more effective service to the registered population.

Keywords: Health Planning. Primary Health Care. Hypertension.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CISDOCE	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Doce
CRASE	Centro de Referência em Atenção Especial à Saúde Dr. Ladislau Salles
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Grupo de acompanhamento a Hipertensos e a Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LILACS	Latino-Americana de informação bibliográfica em ciências da saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	Ministério da Saúde
PA	Pressão Arterial
PIB	Produto Interno Bruto
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde do bairro Mãe de Deus 2, Estratégia Saúde da Família Mãe de Deus 2, município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais.....13

Quadro 2. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Baixo nível de instrução da população”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Mãe de Deus 2, do município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais.....23

Quadro 3. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Pouca adesão a terapia recomendada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Mãe de Deus 2, do município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais.....24

Quadro 4. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Baixa aptitude da equipe”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Mãe de Deus 2, do município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais.....25

Quadro 5. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Falta espaço viável para a realização dos grupos operativos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Mãe de Deus 2, do município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais.....26

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 Aspectos gerais do município – Governador Valadares	9
1.2 O Sistema Municipal de Saúde – Governador Valadares	9
1.3 Aspectos da Comunidade – Bairro Mãe de Deus	10
1.4 A Unidade Básica de Saúde - ESF Mãe de Deus	2
1.5 A Equipe de Saúde da Família Mãe de Deus	2
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe - ESF Mãe de Deus	12
1.7 O Dia a Dia da Equipe – ESF Mãe de Deus	2
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	13
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	13
2. JUSTIFICATIVA	14
3. OBJETIVOS	15
3.1 Objetivos gerais	15
3.2 Objetivos específicos	15
4. METODOLOGIA	16
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
5.1 Hipertensão Arterial: conceito, epidemiologia e complicações	17
5.2 Hipertensão arterial e fatores de risco associados	18 e

19

5.3 Hipertensão arterial sistêmica e medidas de prevenção20 e
21

6. PLANO DE INTERVENÇÃO.....22

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)
.....22

6.2 Explicação do problema (quarto passo)
.....22

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)
.....22

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)22 a
26

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....27

REFERÊNCIAS.....28

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais do Município – Governador Valadares

Governador Valadares é uma cidade localizada na região leste do estado de Minas Gerais, no Vale do Rio Doce, encontra-se próxima a capital Belo Horizonte, com apenas 346 quilômetros de distância. A cidade é banhada pelo Rio Doce e tem como ponto turístico o pico do Ibituruna, um forte atrativo para o turismo de aventura (GOVERNADOR VALADARES, 2019). No ano de 2018, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), residiam no município 278.685 pessoas, apresentando uma densidade demográfica de 112,58 habitantes por quilometro quadrado, sendo classificada naquele ano como a nona cidade mais populosa do Estado (IBGE, 2019).

No tocante ao Produto Interno Bruto (PIB), o ramo que se destaca no município é o de prestação de serviços, como a principal fonte de renda da cidade. Segundo o IBGE o PIB per capito da cidade no ano de 2016 foi de 20.207,31 R\$, e o rendimento mensal médio dos trabalhadores da cidade gira em torno de 1,9 salários mínimos (IBGE, 2019).

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), no ano de 2010 era de 0,72, com 0,004 abaixo da média do estado e 0,028 abaixo da média nacional (IBGE, 2019). No tocante à educação, no ano de 2016, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio entre as escolas públicas de Governador Valadares era de 6, colocando o município na posição 541 de 853, dentre as cidades de Minas Gerais e na posição 3382 de 5570 dentre as demais cidades do Brasil (IBGE, 2019), demonstrando a precariedade do ensino público do município.

1.2 O Sistema Municipal de Saúde – Governador Valadares

O município conta com 197 serviços de saúde, encontrando-se no ranking como a sexta cidade com o maior número de unidades de saúde em Minas Gerais, sendo que são seis unidades de urgência e emergência. No entanto, a cidade é referência de saúde para cerca de 80 outras cidades da região do Vale do Rio Doce, e não tem

capacidade para suprir tal demanda e os serviços de Urgência e Emergência encontram-se superlotados. O principal hospital da cidade é o Hospital Municipal de Governador Valadares, apresenta péssimo estado de conservação, falta medicamentos e equipamentos básicos que dificultam a prestação de um serviço qualidade à população. Além disso, um outro índice que aponta a quão precária é a saúde no município é o índice de mortalidade infantil, que no último levantamento, em 2014, demonstrou uma média de 14.32 óbitos em menores de 1 ano, para 1.000 nascidos vivos no município de Governador Valadares (GOVERNADOR VALADARES, 2019).

O modelo de atenção vigente no município é predominantemente relacionado à atenção primária, visando cumprir as demandas do Ministério da Saúde. A cidade conta com diversos serviços de saúde, dentre os de atenção primária, secundária e terciária. São ao todo 127 unidades de atendimento a atenção primária, distribuídas entre Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS). Existem 64 unidades de atendimento a atenção especializada, onde encontra-se a policlínica municipal, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS AD), Centro de Referência em Atenção Especial à Saúde (CRASE) Dr. Ladislau Salles e diversos outros. Existem no município seis unidades de atendimento à atenção terciária, é onde encontra-se o Hospital Municipal de Governador Valadares, um hospital de referência para serviços de alta complexidade para outras 80 cidades da região. Como consórcio de saúde, a cidade dispõe do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Doce (CISDOCE), que é um consórcio entre outros 32 municípios da região.

1.3 Aspectos da Comunidade – Bairro Mãe de Deus

A ESF Mãe de Deus 2 atende a população dos bairros Mãe de Deus e Planalto, que tem cerca de 3.200 habitantes e existem no município há aproximadamente 45 anos. A unidade está localizada na BR-116, no bairro Mãe de Deus que fica na periferia do município de Governador Valadares, onde predomina uma população de renda baixa, sendo relevante a alta taxa de desemprego e subemprego dentre a população dessa área de abrangência. As condições de saneamento básico do bairro são precárias, mais de 200 casas da área de abrangência ainda tem fossa em casa e,

além disso, a coleta de lixo é ineficiente, pois muitos moradores precisam depositar em terrenos baldios seus lixos. No tocante a educação, o grau de escolaridade da população da área de cobertura da ESF Mãe de Deus 2 é consideravelmente baixo, a taxa de analfabetismo é muito elevada e chega próxima de 15% da população total do bairro. A evasão escolar também é muito evidente, muitos adolescentes saem da escola para começar a trabalhar e ajudar em casa, e muitos até começam a própria família muito cedo. Isso reflete em outro grande problema altamente prevalente no bairro, que é a gravidez na adolescência. Para complicar a situação, existe apenas uma escola na área e que vai até o nono ano, contribuindo com a evasão escolar.

1.4 A Unidade Básica de Saúde – ESF Mãe de Deus 2

A UBS Mãe de Deus 2 está localizada no bairro Mãe de Deus na BR 116, na periferia do município de Governador Valadares. A unidade foi construída especialmente para ser uma unidade de saúde, portanto, conta com uma infraestrutura satisfatória, e atende a uma população próxima de 3.200 habitantes, porém com apenas cerca de 2.800 cadastrados (divididos em 5 microáreas).

A unidade conta com consultórios de tamanho adequado e bem arejados, a recepção da unidade e a sala de espera são ideais, a recepcionista fica em contato direto com a população, além de contar com espaço confortável para a população aguardar atendimento. Além disso, a unidade conta com uma farmácia distrital, facilitando de certa forma o acesso da população aos medicamentos, porém mesmo assim existe a falta de alguns medicamentos, bem como de materiais básicos como gaze e ataduras, dificultando a realização de pequenos procedimentos, como curativos.

Outra problemática é a falta de asfaltamento em frente da unidade, o que gera muita sujeira dentro da unidade, pois ao entrar as pessoas carregam consigo, nas solas dos sapatos, muita terra e deixa a unidade constantemente suja mesmo com o incansável trabalho da auxiliar de serviços gerais, que busca sempre manter a unidade limpa. Esse problema se agrava nas épocas de chuva onde se forma uma grande poça de lama logo na frente da unidade.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Mãe de Deus 2

A equipe da ESF Mãe de Deus 2 é constituída por: um técnico de enfermagem, um enfermeiro, 4 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um médico e uma dentista. A unidade funciona das 07:00 horas as 17:00 horas, de segunda a sexta-feira, sendo que a unidade não fecha para horário de almoço.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe - ESF Mãe de Deus 2

O planejamento do funcionamento da unidade é disposto de maneira a atender as demandas da população, sendo que os atendimentos de demanda espontânea suprem a maior parte da agenda. Um problema apontado por alguns membros da população, é que o horário de funcionamento da unidade não permite com que os mesmos consigam atendimento, levantando a necessidade de um horário de funcionamento prolongado. Essa ideia já foi discutida entre a equipe e levada adiante para a coordenação municipal da unidade, que articula a viabilidade de um horário estendido.

1.7 O Dia a Dia da Equipe – ESF Mãe de Deus 2

Às segundas-feiras e terças-feiras o atendimento é voltado às consultas, sejam elas de demanda espontânea ou programada. No entanto, a demanda espontânea requer a maior parte dos atendimentos. Nas quartas-feiras é realizado o grupo de Acompanhamento a Hipertensos e a Diabéticos (HIPERDIA), onde são transmitidas informações básicas aos pacientes, além de haver troca de receitas e outras orientações. Nas quintas-feiras, a agenda do médico da unidade é voltada aos estudos. Nas sextas-feiras são realizadas visitas domiciliares tanto na parte da manhã quanto à tarde. Na unidade de saúde, a agenda é muito bem distribuída. Existe dia e horário para atendimento semanal de gestantes (pré-natal), puericultura, hipertensos, diabéticos e saúde mental.

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

Através do método de Estimativa Rápida foram identificados os problemas mais prevalentes da área de abrangência da ESF Mãe de Deus 2, sendo esses: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), problemas de saúde mental, Diabetes Mellitus (DM), abuso de álcool, abuso de drogas e gravidez na adolescência.

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

Após a identificação dos problemas mais prevalentes no território de abrangência da ESF Mãe de Deus 2, foi feita a seleção e priorização desses. Segue abaixo o quadro 1 com os problemas escolhidos pela equipe de saúde da ESF Mãe de Deus 2.

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde do bairro Mãe de Deus 2, Estratégia Saúde da Família Mãe de Deus 2, município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais.

Principais Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de Enfrentamento***	Seleção****
Hipertensão Arterial Sistêmica	Alta	9	Parcial	1
Problemas de Saúde Mental	Alta	9	Parcial	2
Diabetes Mellitus	Alta	4	Parcial	3
Abuso de álcool	Alta	3	Parcial	3
Abuso de drogas	Alta	3	Fora	4
Gravidez na adolescência	Alta	2	Fora	5

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2. JUSTIFICATIVA

A HAS é um grande fator de risco para diversas doenças, sua prevalência é alta em todo o mundo e está diretamente relacionada à mortalidade por complicações circulatórias. A população brasileira, devido as mudanças de hábitos ao longo dos anos, tem se tornado cada vez mais susceptível ao surgimento de doenças circulatórias. A ingestão de alimentos não saudáveis associada à ausência de atividade física eleva o risco de desenvolver a HAS e conseqüentemente de complicações relacionadas a doença (PINHO e PIERIN, 2013).

A pessoa com HAS está mais propensa a desenvolver diversas complicações capazes de reduzir a qualidade de vida significativamente, ou em casos mais graves levar ao óbito. No contexto da ESF Mãe de Deus 2, a HAS afeta uma grande parcela da população (cerca de 20% dos adultos tem a doença). Portanto, faz-se necessário atuar sobre os fatores de risco relacionados a HAS, buscando diminuir a morbimortalidade provocada pela doença dentre a população cadastrada a unidade.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de Intervenção para os usuários hipertensos da ESF Mãe de Deus 2, Governador Valadares/Minas Gerais, a fim de diminuir a chance de desenvolvimento de comorbidades associadas à HAS.

3.2 Objetivos específicos

Implementar medidas capazes e auxiliar na realização da prevenção primária dessa doença.

Realizar um controle mais efetivo da pressão arterial da população hipertensa adscrita à ESF Mãe de Deus 2.

Propor medidas relacionadas a educação em saúde, capazes de aprimorar o conhecimento da população a respeito da HAS.

4. METODOLOGIA

Para a composição do presente trabalho foi elaborado primeiramente um diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Mãe de Deus 2, visando realizar um levantamento dos principais problemas da unidade e sua população.

Em seguida foi feito o plano de intervenção, sobre o problema destacado pela equipe, esse plano de ação foi elaborado por meio dos dez passos estabelecidos pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES) (FARIA, CAMPOS E SANTOS, 2018).

Por fim, foi realizada uma revisão bibliográfica, buscando textos referência para auxiliar na elaboração do plano proposto pela equipe da ESF Mãe de Deus 2. Para isso foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), base de dados Latino-Americana de informação bibliográfica em ciências da saúde (LILACS) sendo que os descritores usados foram: Planejamento em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Consultou-se também bibliotecas eletrônicas do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial: conceito, epidemiologia e complicações.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida por valores de pressão arterial (PA) sistólica > 140 mm Hg e diastólica > 90 mm Hg. Diversos fatores são apontados como de risco para o desenvolvimento da HAS: histórico familiar, excesso de consumo de sal, obesidade, sexo, cor/etnia, idade, estresse, tabagismo e consumo de álcool (MALACHIAS *et al.*, 20016 apud LEWINGTON *et al.*, 2003 e WEBER *et al.*, 2014).

A HAS corresponde atualmente a um relevante problema de saúde pública no Brasil, uma vez que aproximadamente 24,7% da população que vive nas capitais brasileiras afirmaram ter a doença, segundo a última pesquisa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico de 2018 (VIGITEL) (BRASIL, 2019). Sendo que, de acordo com a mesma pesquisa, os idosos com 65 anos ou mais são os mais afetados pela doença, com um total de 60,9% de indivíduos afetados (BRASIL, 2019).

Esses dados demonstram-se preocupantes, pelo fato de que HAS corresponde a um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares sendo que essas por sua vez são a principal causa de morte no mundo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017). A HAS está associada com o surgimento de diversas comorbidades, como a cardiopatia isquêmica, o acidente vascular cerebral, e a insuficiência cardíaca congestiva (MALACHIAS *et al.*, 2016 apud LEWINGTON *et al.*, 2003 e SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). As diversas consequências da HAS, a determinam como uma importante fonte de doenças crônicas degenerativas, fato que a coloca como uma das responsáveis pela redução da expectativa e qualidade de vida dos indivíduos (MALACHIAS *et al.*, 20016 apud LEWINGTON *et al.*, 2003 e WEBER *et al.*, 2014).

5.2 Hipertensão arterial e fatores de risco associados

A HAS apresenta diversos fatores de risco que se relacionam diretamente ao seu surgimento. Dentre eles existem aqueles ligados aos aspectos sociocomportamentais e aqueles relacionados à hereditariedade. É possível distinguir ainda, os fatores de risco relacionados a HAS, como modificáveis e não modificáveis. Dentre os fatores de risco não modificáveis temos: idade, hereditariedade e sexo. Já em relação aos fatores de risco modificáveis, é possível destacar que constam entre esses aqueles fatores relacionados ao comportamento do indivíduo, pormenorizados adiante no texto (MALTA *et al.*, 2017 apud LESSA, 2010 e SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Em relação ao fator de risco idade, cabe destacar que estudos apontam que quanto maior a idade do indivíduo maior a chance de ele ser acometido pela doença, e que com o avançar da idade o risco tende a aumentar. Sendo que na faixa etária acima dos 60 anos a prevalência da doença pode chegar a 60% (MALTA *et al.*, 2017). Por isso, que é de extrema importância atentar para medidas preventivas em relação a HAS nessa idade, pois nessa faixa etária existe uma maior vulnerabilidade em relação ao desenvolvimento de complicações cardiovasculares, cuja HAS é o principal fator de risco associado (MALACHIAS *et al.*, 2016).

No que se refere a hereditariedade, os estudos revelam que cerca de 30% a 40% do total de casos de HAS são causados por determinantes genéticos (DANZIIGER, 2001; HARRAP, 2003). No entanto, em 90% dos casos não é possível estabelecer exatamente a causa que levou a alteração do nível pressórico. E para obtenção da regulação dos níveis pressóricos o único meio é a mudança de hábitos danosos a saúde aliada a uma correta adesão ao tratamento medicamentoso (MALTA *et al.*, 2017).

Para finalizar a discussão a respeito dos fatores de risco não modificáveis, será abordada a relação entre o sexo e a maior probabilidade ao desenvolvimento da hipertensão. De acordo com Malta *et al.* (2017), a HAS é mais evidente entre indivíduos do sexo masculino do que entre o sexo feminino. Essa maior prevalência é sustentada até a faixa etária de 60 anos de idade, onde há uma queda evidente dos hormônios ovarianos femininos (conhecidos por manter os níveis pressóricos mais baixos nas mulheres) e com isso a prevalência da HAS entre homens e mulheres tende a se equiparar (MALTA *et al.*, 2017).

Em relação aos fatores de risco modificáveis, esses interferem diretamente para a instalação de níveis pressóricos elevados e são os que mais se relacionam ao desenvolvimento da HAS. São conhecidos como fatores de risco modificáveis para HAS: tabagismo, etilismo, obesidade, sedentarismo, outros (ZHAO *et al.*, 2011; BRIASOULIS, AGARWAL, MESSERLI, 2012; SCALA *et al.*, 2015).

A respeito do fator de risco tabagismo, esse é conhecido por efeitos maléficos à saúde, seja a curto, médio ou longo prazo. O fator mais relevante, relacionado ao tabagismo, que predispõe a HAS é o efeito vasoconstritor da nicotina. Além disso, o tabagismo induz a resistência ao efeito dos anti-hipertensivos, dificultando o controle da PA (POPE *et al.*, 2004). A ingestão abusiva de álcool também é associada com aumento da PA de forma aguda e crônica, no entanto essa relação ainda não está totalmente estabelecida (WAKABAYASHI *et al.*, 1994).

Outro fator de risco de grande relevância quando se trata do aumento da predisposição à HAS, ou ao desenvolvimento de complicações na doença já instalada, é o sobrepeso e a obesidade, uma vez que 70% dos indivíduos hipertensos são obesos. Esse fator está fortemente associado a outro fator de risco para o surgimento de complicações advindas da HAS, que é o sedentarismo. O sedentarismo aumenta probabilidade do desenvolvimento da doença ou do surgimento de complicações da doença já instalada por diversos fatores, sendo que o principal deles é a sua associação a outras comorbidades, como o diabetes mellitus, a dislipidemia e a síndrome metabólica (HO, 2009; MOREIRA *et al.*, 2013).

5.3 Hipertensão arterial sistêmica e medidas de prevenção

A HAS é a principal responsável por desencadear doenças cardiovasculares, e com isso é responsável por 50% das mortes cardíacas (SCALA, MAGALHÃES, MACHADO, 2015). Sabendo disso, pode-se afirmar que a HAS é uma doença que merece uma grande atenção no ramo da APS, o enfoque deve ser dado a medidas preventivas, visando a diminuição da grande morbimortalidade provocada pela doença (PICCINI et al., 2012).

Algumas estratégias podem ser grandes aliadas na prevenção da HAS, sendo que a principal delas é o investimento em políticas públicas voltadas a essa temática, associado a uma mobilização dos trabalhadores da saúde (PICCINI et al., 2012). Tudo com o intuito de promover maior conhecimento para a população sobre essa temática, estimulando comportamentos saudáveis que diminuam a chance do adoecimento. Além disso, as equipes de saúde das unidades de atenção primária devem organizar-se de modo a prestarem o cuidado adequado à população assistida. Essa equipe deve promover ações de educação e promoção à saúde. Devem ainda, alertar os pacientes em grupos de risco, realizar o diagnóstico precoce da HAS, incentivar uma adesão adequada ao tratamento, demonstrar a importância do controle da PA, bem como dos fatores de risco associados (BUSS, 2000).

Um fator que compromete diretamente o controle adequado da HAS, é o fato de alguns indivíduos negligenciarem a doença. Isso pode ser explicado pelo caráter crônico e silencioso da doença. O paciente, no início não apresentara grandes sintomas e isso faz com que alguns indivíduos não sigam corretamente as recomendações médicas de mudança de estilo de vida (MENEZES e GROBBI, 2010). Outro grande empecilho para um bom controle da PA é a necessidade do uso contínuo dos medicamentos, alguns pacientes referem tomar a medicação ocasionalmente, quando sentem algum tipo de mal-estar (tonteira, dor na nuca, sudorese) que podem ou não estar associados a doença, isso pelo caráter assintomático da HAS (MENEZES e GROBBI, 2010). Há ainda uma ideia errônea de que se a PA se apresenta em níveis normais nas aferições, o uso do medicamento é desnecessário. Todos esses aspectos demonstrados anteriormente corroboram para um mal controle da PA e somados a outros fatores de risco, elevam a probabilidade

de um desfecho negativo, como um Infarto Agudo do Miocárdio, um AVE ou uma Insuficiência cardíaca, por exemplo (MENEZES e GROBBI, 2010).

Outro ponto negativo que deve ser levado em consideração quando se trata de um mau controle da PA é o fato de alguns profissionais da saúde apresentarem um foco apenas curativista, buscando apenas diagnosticar e prescrever medicamentos. Isso diminui a chance da criação de um vínculo entre o profissional e o paciente, o enfermo não se sente assistido adequadamente, e isso diminui a adesão ao tratamento recomendado. Portanto, uma alternativa que tem um grande potencial de aprimorar a qualidade da assistência prestada, aumentando com isso a adesão a terapia, é a prática da educação e promoção à saúde no dia a dia de uma equipe, especialmente no âmbito da atenção primária (PICCINI et al., 2012). Portanto, é fundamental, ao longo dos atendimentos nas UBS, ofertar aos pacientes informações a respeito da doença. Explicar de maneira compreensível a importância da adesão a mudança de estilo de vida, e os benefícios que essa mudança trará a médio e longo prazo para sua saúde. Logo, um enfoque deve ser dado aqueles pacientes que se encontram nos grupos de risco para o desenvolvimento da doença, esses devem ser alertados a aderirem a um estilo de vida mais saudável que minimize a chance do surgimento da HAS no futuro (PICCINI et al., 2012).

Em relação ao paciente já diagnosticado, é importante que durante os atendimentos na ESF todas suas dúvidas sejam esclarecidas, seja quanto a posologia, ou até mesmo quanto a possíveis complicações futuras caso o tratamento não seja levado com a devida seriedade. Deve ser ofertado ao paciente, seja o que tem chance de desenvolver a HAS ou ao paciente já acometido pela patologia, um atendimento multidisciplinar com profissionais das mais diversas áreas: nutrição, educação física, psicologia, medicina, enfermagem. Sendo que todas essas áreas são imprescindíveis para que esse paciente seja atendido de maneira integral e tenha suas necessidades abordadas. O paciente deve ser munido de informações, informações essas que o capacitará a tomada de decisões mais saudáveis. Nesse sentido, fica claro que o entendimento a respeito do controle dos fatores de risco é o maior aliado ao combate das complicações da HAS, ou até mesmo para evitar o surgimento da doença naqueles pacientes conhecidamente dos grupos de risco para o desenvolvimento da doença (PICCINI et al., 2012).

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Dentre a população adulta adscrita pela ESF Mãe de Deus 2 a HAS demonstra-se como um grave problema de saúde, seguindo os padrões observados no Brasil e no Mundo. Trata-se de uma doença prevalente em aproximadamente 18% dos indivíduos acima de 20 anos, demonstrando, portanto, a necessidade de atuação a curto, médio e longo prazo, sobre essa problemática. É possível observar ainda, dentre essa população, um grande índice de indivíduos que não realizam o tratamento recomendado, seja ele farmacológico ou não farmacológico. Esse fato compromete a adesão à terapêutica proposta e consequentemente a preservação de um bom prognóstico.

6.2 Explicação do problema (quarto passo)

Na ESF Mãe de Deus 2 existe uma elevada taxa de prevalência de indivíduos com HAS, acompanhando os padrões evidenciados em todo o país. Diversos fenômenos estão por trás desses números. Um fator capaz de explicar todo esse fato seria a falta de compreensão da população acerca dos fatores de riscos. Além disso, a grande maioria dos indivíduos apontam a doença como sendo assintomática e mais evidente em indivíduos idosos. Ou seja, não levam em consideração a influência dos seus hábitos alimentares e comportamentais para a determinação da situação de saúde.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Neste momento foram elegidos alguns “nós críticos” considerados como fatores causais para o problema escolhido pela equipe, sendo esses: baixo nível de

instrução da população, pouca adesão a terapia recomendada, pouco preparo da equipe e falta espaço viável para a realização dos grupos operativos.

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)

Nesse passo foi realizado o desenho das operações que buscam enfrentar cada “nó crítico” eleito na fase anterior. Sendo, essas detalhadas pormenorizadamente nos quadros 2 a 5.

Quadro 2. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Baixo nível de instrução da população”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Mãe de Deus 2, do município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Baixo nível de instrução da população
6º passo: operação (operações)	Educação em foco
6º passo: projeto	Oferecer instrumentos, aos pacientes assistidos pela unidade, que os capacite a serem mais atuantes sobre sua saúde
6º passo: resultados esperados	Mais conhecimento para população, e conseqüentemente maior capacidade de reconhecimento de atitudes danosas a saúde
6º passo: produtos esperados	Organização de grupos operativos, sobre comportamentos que promovem a saúde
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento teórico acerca da HAS Organizacional: Profissional capacitado para atuar no grupo como facilitador
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Organizacional: Profissional capacitado para atuar no grupo como facilitador
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Equipe da ESF Favorável Planejamento do curso
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Dentista Começo das atividades em 3 meses

10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O plano será monitorado pela Odontóloga da unidade, avaliará o andamento do mesmo em 3 meses. Se julgar necessário irá entender o prazo
--	---

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

Quadro 3. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Pouca adesão a terapia recomendada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Mãe de Deus 2, do município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Pouca adesão a terapia recomendada
6º passo: operação (operações)	Mudança de atitude frente a doença
6º passo: projeto	Proporcionar maior qualidade de vida para a população
6º passo: resultados esperados	Diminuir a chance de desenvolvimento de comorbidades provocados pela HAS
6º passo: produtos esperados	Destinar um momento do grupo de HIPERDIA para demonstrar, de forma coerente, a importância de seguir adequadamente a terapêutica
6º passo: recursos necessários	Organizacional: Profissionais da equipe Cognitivo: Conhecimentos acerca da necessidade de adesão a terapêutica da HAS
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Conhecimentos acerca da necessidade de adesão a terapêutica da HAS
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Equipe da ESF Favorável Planejamento do grupo operativo
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médico Começo das atividades em - no máximo- 3 meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O plano será monitorado pelo Enfermeiro da unidade, avaliará o andamento do mesmo em 3 meses. Se julgar necessário irá entender o prazo

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

Quadro 4. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Baixa atitude da equipe”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Mãe de Deus 2, do município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Baixa atitude da equipe
6º passo: operação (operações)	Equipe em foco
6º passo: projeto	Melhorar a qualidade do serviço ofertado
6º passo: resultados esperados	Realização de um serviço mais eficaz para a população, prevenção primária bem feita
6º passo: produtos esperados	Realização de cursos com a equipe da ESF
6º passo: recursos necessários	Organizacional: Profissional capacitado para ministrar os cursos Político: Direcionamento de profissionais para a realização do curso Financeiro: Financiamento do curso
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Direcionamento de profissionais para a realização do curso Financeiro: Financiamento do curso
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Prefeitura municipal Secretaria da saúde do município Indiferente Apresentação de projeto
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Enfermeiro 6 meses para organização e apresentação do projeto
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O plano será monitorado pela Assistente Social que trabalha na unidade, avaliará o andamento do mesmo em 6 meses. Se julgar necessário irá entender o prazo

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

Quadro 5. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Falta espaço viável para a realização dos grupos operativos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Mãe de Deus 2, do município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Falta espaço viável para a realização dos grupos operativos
6º passo: operação (operações)	Infraestrutura mais adequada
6º passo: projeto	Ofertar um local para a realização de atividade física
6º passo: resultados esperados	Diminuir o sedentarismo na população, e consequentemente diminuir o risco cardiovascular
6º passo: produtos esperados	Buscar junto a prefeitura, a construção de um espaço na unidade adequado para a realização de grupos com a educadora física no NASF
6º passo: recursos necessários	Político: Articulação para fazer acontecer a reforma Financeiro: Financiamento da reforma
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Articulação para fazer acontecer a reforma Financeiro: Financiamento da reforma
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Prefeitura municipal Secretaria da saúde do município Indiferente Apresentação de projeto
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Técnico de Enfermagem 6 meses para organização e apresentação do projeto
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O plano será monitorado pela Técnica de Enfermagem que trabalha na unidade, avaliará o andamento do mesmo em 6 meses. Se julgar necessário irá entender

	o prazo
--	---------

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da execução do presente trabalho foi possível identificar o impacto negativo da HAS na qualidade de vida da população, e a necessidade de intervir sobre os fatores de risco que aumentam a incidência dessa doença, a fim de gerar a promoção da saúde como um todo.

Espera-se que com a realização desse plano de intervenção, os indivíduos assistidos pela ESF Mãe de Deus 2, acometidos pela HAS, tenham seus níveis pressóricos regulados. Espera-se ainda, que aqueles indivíduos que se encontram nos grupos de risco para o desenvolvimento da doença possam ter acesso a uma prevenção primária eficaz, realizada pela equipe da unidade.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Hipertensão é diagnosticada em 24,7% da população, segundo a pesquisa Vigitel. Ministério da Saúde, 2019.** Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45446-no-brasil-388-pessoas-morrem-por-dia-por-hipertensao>>. Acesso em: 20 jun. 2020.
- BRIASOULIS, A.; AGARWAL, V.; MESSERLI, F.H. Alcohol consumption and risk of hypertension in men and women: a systematic review and meta-analysis. **J Clin Hypertens**, v.14, n.11, p.792-6, 2012.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000 .
- DANZIGER, R.S. Hypertension in an anthropological and evolutionary paradigm. **Hypertension**, v. 38, n. 1, p. 19-22, 2001.
- FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018.
- GOVERNADOR VALADARES. **Plano municipal de saúde do município de Governador Valadares**. 2017.
- GOVERNADOR VALADARES. Prefeitura Municipal. **Conheça Valadares**. Governador Valadares, 12 jan de 2018. Disponível em: <<https://turismo.valadares.mg.gov.br/principal>>. Acesso em: 15 jun, 2019.
- HARRAP, S. B. Where are all the blood-pressure genes? **Lancet**, v. 361, p. 2149-51, 2003.
- HO, T.F. Cardiovascular risks associated with obesity in children and adolescents. **Ann Acad Med Singapore**, v.38, n.1, p.48-9, 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Cidades: Governador Valadares**. 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/governador-valadares/panorama>> Acesso em: 14 jun, 2019.

MALACHIAS, M.V.B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-6, 2016.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalence of and factors associated with self-reported high blood pressure in Brazilian adults. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n.1, 2017.

MENEZES, A. G., GROBBI, D. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 97-102, 2010.

MOREIRA, N.F.; MURARO, A.P.; BRITO, F.S.B. *et al.* Obesidade: principal fator de risco para hipertensão arterial sistêmica em adolescentes brasileiros participantes de um estudo de coorte. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.57, n.7, p.520-7, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. Brasil. **Doenças Cardiovasculares**. 2017. Disponível em: <
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096>. Acesso em: 27 jun. 2019.

PINHO, N. A.; PIERIN, A. M. G. O controle da hipertensão arterial em publicações brasileiras. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.101, n.3, p.65-73, 2013.

PICCINI, R. X. *et al.* Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 543-550, 2012.

POPE, C.A.; HANSEN, M.L.; LONG, R.W. *et al.* Ambient particulate air pollution, heart rate variability, and blood markers of inflammation in a panel of elderly subjects. **Environ Health Perspect** v.112, n.3, p.339-45, 2004.

SCALA, L.C.; BRAGA JÚNIOR, F.D.; CASSANELLI, T.; BORGES, L.M.; WEISSHEIMER, F.L. Hipertensão arterial e atividade física em uma capital brasileira. **Arq Bras Cardiol**. v.105, n.20, 2015.

SCALA, L.C.; MAGALHÃES, L.B.; MACHADO, A. **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica**. In: Moreira SM, Paola AV; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. ed. São Paulo: Manole; 2015. p. 780-5.

ZHAO, D.; QI, Y.; ZHENG, Z. *et al.* Dietary factors associated with hypertension. **Nat Rev Cardiol**. v.8, n.8, p.456-65, 2011.

WAKABAYASHI, K.; NAKAMURA, K.; KONO, S.; *et al.* Alcohol consumption and blood pressure: an extended study of self-defense officials in Japan. **Int J Epidemiol**, v.23, n.2, p.307-11, 1994.