

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Tatiana Campos do Amaral

**HÁBITOS SAUDÁVEIS PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA EM
PACIENTES HIPERTENSOS**

Juiz de Fora- Minas Gerais

2021

Tatiana Campos do Amaral

**HÁBITOS SAUDÁVEIS PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA EM
PACIENTES HIPERTENSOS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire
Miranda Cadete

Juiz de Fora- Minas Gerais

2021

Tatiana Campos do Amaral

**HÁBITOS SAUDÁVEIS PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA EM
PACIENTES HIPERTENSOS**

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

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora- UFMG

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 29/03/2021

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a toda a equipe envolvida no projeto que apresentou grande empenho e interesse, em busca de um bem maior, uma vida saudável para nossos pacientes.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que me concedeu o dom de cuidar do próximo;

Aos meus pais e marido que sempre estiveram do meu lado;

A minha filha Maria, que me ensinou o sentido da vida.

“Aqueles que dizem não ter tempo para uma alimentação saudável, cedo ou tarde terão que arrumar tempo para cuidar da saúde perdida“

RESUMO

Na área de abrangência da equipe Araponga, na cidade de Araponga, nos deparamos diariamente com alto índice de pessoas hipertensas que abandonam o tratamento, por acreditarem que ficarão dependentes da medicação anti-hipertensiva por toda a vida, além de conservarem hábitos inadequados de vida, elevando, inclusive, os níveis de colesterolemia. Portanto, este trabalho objetivou elaborar um plano de intervenção que visa reduzir os danos causados pelas doenças cardiovasculares, abordando hábitos alimentares e rotina de atividade física. Este plano se baseou primeiro no diagnóstico situacional feito na área adscrita à Unidade Básica de Saúde Araponga pelo método de estimativa rápida que permitiu identificar e eleger o problema prioritário e seus respectivos nós críticos. Assim, ele seguiu os passos do Planejamento Estratégico Situacional e se baseou em pesquisa bibliográfica realizada na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores: hipertensão, fatores de risco, educação em saúde e hábitos saudáveis. Para maior fundamentação teórica, fez-se, também, estudos nos Cadernos do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Cardiologia e outras fontes que abordam sobre hipertensão e cuidados com a saúde. Espera-se que as ações de educação propostas no plano de intervenção produzam os resultados esperados, ou seja, melhoria dos hábitos de vida, diminuição do colesterol, compreensão e valorização do tratamento anti-hipertensivo e manutenção de alimentação saudável e prática de exercícios físicos, no cotidiano. Com certeza, obterão melhor qualidade de vida e menos problemas cardiovasculares.

Palavras-chave: Hipertensão. Fatores de risco. Educação em saúde. Hábitos saudáveis

ABSTRACT

In the area covered by the Araponga team, in the city of Araponga, we are faced daily with a high rate of hypertensive people who abandon treatment, because they believe they will be dependent on antihypertensive medication for life, in addition to preserving inadequate life habits, even raising cholesterol levels. Therefore, this work aimed to develop an intervention plan that aims to reduce the damage caused by cardiovascular diseases, addressing eating habits and physical activity routine. This plan was based first on the situational diagnosis made in the area assigned to the Basic Health Unit Araponga by the method of rapid estimation that allowed to identify and elect the priority problem and its respective critical nodes. Thus, he followed the steps of Situational Strategic Planning and based on bibliographic research carried out at the Virtual Health Library with the descriptors: hypertension, risk factors, health education and healthy habits. For greater theoretical foundation, studies were also carried out in the Notebooks of the Ministry of Health and the Brazilian Society of Cardiology and other sources that address hypertension and health care. It is expected that the educational actions proposed in the intervention plan will produce the expected results, that is, improvement in life habits, reduction of cholesterol, understanding and appreciation of antihypertensive treatment and maintenance of healthy eating and physical exercise, in everyday life. They will certainly get a better quality of life and less cardiovascular problems

Keywords: Hypertension. Risk factors. Health education. Healthy habits.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde araponga, Unidade Básica de Saúde Araponga, município de Araponga, estado de MG.....17

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “**Alto índice de pessoas com hipertensão**”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Araponga, do município Araponga, estado de MG.....27

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema, “**Alto índice de pessoas com hipertensão**”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Araponga do município de Araponga, estado de MG.....29

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alto índice de pessoas com hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Araponga, do município de Araponga, estado de MG

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Aspectos gerais do município.....	11
1.2 O sistema municipal de saúde.....	12
1.3 Aspectos da comunidade	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde Araponga.....	12
1.5 A Equipe de Saúde da Família Araponga da Unidade Básica de Saúde Araponga	13
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Araponga.....	13
1.7 O dia a dia da equipe Araponga.....	14
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	14
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....	15
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVOS.....	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	24
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	24
6.2 Explicação do problema (quarto passo).....	24
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo	25
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).....	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Araponga

Araponga, município do Estado de Minas Geras, “teve seu território habitado, primitivamente, por membros de expedições oficiais destinadas à colonização do solo mineiro e por mineradores saídos de Mariana e Ouro Preto”. Em torno de 1780, uma expedição chegou nesse local e aí fixaram moradia (IBGE, 2020, s.p.).

Por volta de 100 anos depois, um Governador da Província esteve no território e distribuiu títulos de sesmarias e 'datas mineiras' e, a partir disso, as terras foram exploradas. Em 1809, foi construída a primeira capela dedicada a “São Miguel e Alma no Povoado de Arrepiados” (IBGE, 2020, s.p.).

Araponga é uma cidade que em 2010, de acordo com o censo, contava com 8.152 habitantes e estimativa, para 2020, de 8.453 pessoas (IBGE, 2020). Está localizada a 274 km da capital mineira. Ressalta-se que a via de acesso ao município é difícil, contando com apenas uma via asfaltada e as demais formas de acesso ocorrem por estradas de chão que se encontram em péssimo estado de conservação.

A cidade vive basicamente da agricultura de subsistência e do plantio de café. A cidade tem como tradição o festival do café, feira ao ar livre onde produtores locais vendem seus produtos, além de eventos religiosos.

Araponga conta com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), um dos menores da região, correspondendo, em 2010, a 0,536. Na área de Educação, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 95% e o índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), em 2017, nas séries iniciais do ensino fundamental, na rede pública foi equivalente a 6,7, havendo queda nesse índice para os alunos dos anos finais do ensino fundamental que foi de 4,8 (IBGE, 2020).

Quanto ao território e ambiente, Araponga tem 29,4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 4,6% de domicílios urbanos em vias públicas com

arborização e 30,7% conta com urbanização adequada, isto é, tem bueiros, calçadas, pavimentação e meio-fio (IBGE, 2020).

1.2 O sistema municipal de saúde

Na área de saúde, a cidade conta com quatro equipes de saúde da família (eSF), sendo a área distribuída de forma desigual. Conta com um ponto de emergência para casos de baixa complexidade. Como referência tem a cidade de Viçosa, onde se conseguem agendamentos para as especialidades e exames e atendimentos de emergência de média e alta complexidade.

Outro destaque é o auxílio recebido por Arapongas no que diz respeito ao pré-natal de alto risco, exames e atendimentos de emergência de média e alta complexidade feitos por meio de convênios com dois hospitais de Viçosa.

1.3 Aspectos da comunidade

Em 2017, o salário médio mensal era de 1,7 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 5,9%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 44,1% da população nessas condições (IBGE, 2020).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) fica situada no centro da pequena cidade de Araponga, sendo composta pela população urbana e rural.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Araponga

A UBS Araponga fica localizada no centro da cidade, tornando-se, assim, de fácil acesso para a maior parte da população. Por ser uma cidade montanhosa, pacientes com dificuldade de locomoção contam com o apoio de carros da saúde que os transportam até à unidade de referência. Nesse sentido, a equipe de saúde também conta com o transporte para realização das visitas domiciliares.

A estrutura física da Unidade é bem conservada. Tem número satisfatório de salas para atendimento: sala de vacina, sala de curativo, sala de reunião, banheiros masculino e feminino para funcionários e pacientes, boa manutenção dos equipamentos eletrônicos, recepção ampla, com lugares suficientes para a população aguardar o atendimento. Ambiente bem arejado, apesar de não contar com ar condicionado e nem ventiladores.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Araponga da Unidade Básica de Saúde Araponga

A equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, seis agentes comunitários de saúde (ACS) duas auxiliares de saúde bucal (ASB), uma cirurgiã dentista, uma recepcionista e três técnicas de enfermagem, sendo uma delas exclusiva para a sala de vacina.

O tempo da Equipe Araponga está bem distribuído, contando com dia para a realização de consultas pré-natal, troca de receitas, hiperdia e um dia exclusivo para o atendimento da demanda espontânea, além de contar com três vagas diárias para tal. O acolhimento é realizado pela técnica de enfermagem que faz aferição de sinais vitais, peso e altura dos pacientes, assim como o e Exame de Glicemia Capilar (HGT) em pacientes diabéticos.

A equipe já desenvolveu grupos de hipertensos e diabéticos e, no momento, estamos desenvolvendo o grupo de tabagismo, porém encontra poucos pacientes que demonstram interesse. As visitas domiciliares são realizadas quinzenalmente ou conforme a demanda. O planejamento do trabalho mensal é realizado em equipe, durante a reunião de equipe, sempre ao término do mês, com data pré-estabelecida. Sendo assim, conta-se com todos os membros da equipe durante os encontros. Durante a reunião os agentes comunitários de saúde expõem as necessidades da população e junto realiza-se a avaliação e o planejamento de projetos a serem ofertados.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Araponga

A unidade de saúde atende ao público de 07:00h as 16:00h, de segunda a sexta feira, sendo a triagem realizada de 07:00h às 09:00h no período matutino e de 11:00h as 13:00h no período vespertino.

Realiza-se mensalmente apoio ao grupo da terceira idade da cidade e a uma comunidade rural denominada Praia Danta. O pré-natal, por possuir baixo número de gestantes, no momento, é realizado em um turno de 15/15 dias, intercalando com as visitas domiciliares. As quartas feiras, no turno da manhã, são feitas as marcações para troca de receituário de uso contínuo. Em uma quarta feira, à tarde é realizada com toda a equipe, incluindo profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) reunião de equipe. A equipe fornece apoio às escolas, realizando um trabalho de saúde bucal que apresenta ótimas respostas.

1.7 O dia a dia da equipe Araponga

As terças feiras são destinadas aos atendimentos de hiperdia.

Na rotina diária, nos deparamos com um grande número de hipertensos descontrolados ou de pessoas que nem sabem o significado da palavra hipertensão. Muitos de nossos pacientes se recusam a aceitar o tratamento, levando ao alto índice de óbitos por problemas cardiovasculares.

As quartas feiras, no período da manhã, realiza-se as trocas de receituário e no período da tarde são realizados as consultas de pré-natal ou visitas domiciliares, conforme a demanda. Toda quinta feira, é destinada à livre demanda. Sexta feira é o dia de ir à comunidade rural de Praia Danta (uma vez ao mês) e nas demais semanas, atendimento ambulatorial, em geral. No período da tarde, mensalmente, damos apoio ao grupo de idosos.

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

Pela estimativa colhida em conjunto com os agentes comunitários de saúde, encontrou-se que a hipertensão arterial como a doença que mais afeta a população. Ao abordar esse grupo de pacientes, nos deparamos com um alto índice de massa

corpórea e níveis elevados de colesterolemia. Forma, ainda identificados os problemas: tabagismo, diabetes, obesidade e problemas cardiovasculares.

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 equipe de Saúde araponga, Unidade Básica de Saúde Araponga, município de Araponga, estado de MG

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Obesidade	Alta	4	Total	5
Hipercolesterolemia	Alta	6	Total	2
Alto índice de pessoas com hipertensão	Alta	7	Parcial	1
Tabagismo	Alta	4	Parcial	6
Diabetes	Alta	4	Parcial	4
Problemas cardiovasculares	Alta	5	Parcial	3

Fonte: Autoria própria (2020)

Legenda:

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é caracterizada como uma condição clínica multifatorial e reconhecida por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, cujo valor de pressão arterial é de $\geq 140 \times 90$ mmHg. Normalmente, encontra-se associada às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos como o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, além de alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares que podem levar à morte (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Esta definição de hipertensão mostra o quanto é séria essa doença e os riscos advindos dela quando não controlada. Durante as consultas de acompanhamento ambulatorial observei, ao realizar o acolhimento, grande quantidade de pacientes que apresentava quadro hipertensivo e alto Índice de Massa Corporal (IMC). À abordagem sobre alimentação e rotina de atividade física negavam ter modificado qualquer hábito antes do uso da medicação hipertensiva.

A partir dessa constatação, comecei a levantar a estimativa da população abordada que faz uso de medicação anti-hipertensiva, e daqueles que faziam o tratamento e, por motivos diversos, que haviam abandonado. Identifiquei alto percentual de usuários hipertensos com alto índice de massa corpórea, onde, após o levantamento, com a ajuda dos ACS da equipe, cheguei à conclusão de que mais de 50% dos pacientes hipertensos apresentavam sobrepeso ou obesidade, levando ao uso demasiado de medicação que, por muitas vezes, não são suficientes e outras vezes levando ao abandono do tratamento. Durante o levantamento foi possível constatar que a maior causa de mortalidade era oriunda de doenças cardiovasculares.

"A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública". A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 2).

Em 2001, mais de 7 e meio milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da pressão arterial ocasionando acidente vascular encefálico e doença isquêmica do coração (WILLIAMS, 2010).

Diante do problema apresentado, associado a uma comunidade com baixo IDH, a proposição de um plano de intervenção com projetos e operações factíveis a fim de orientar os usuários sobre as causas e riscos da hipertensão, bem como, da importância de seguir efetivamente o tratamento poderá resultar na melhoria da qualidade de vida deste grupo de pessoas.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para reduzir os danos causados pelas doenças cardiovasculares, abordando hábitos alimentares e rotina de atividade física.

4 METODOLOGIA

O plano de intervenção se baseou no Planejamento Estratégico Situacional (PES) por meio da estimativa rápida dos problemas observados e identificados bem como da definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com Faria Campos e Santos (2018).

A fundamentação teórica do plano foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores: hipertensão, fatores de risco e educação em saúde e hábitos saudáveis.

A complementação de busca da revisão bibliográfica foi feita nos Cadernos do Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Cardiologia e outras fontes que versam sobre hipertensão e cuidados com a saúde.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do caderno de Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2018)

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) caracteriza-se por uma condição clínica multifatorial, com elevados níveis de pressão arterial, com valor de $\geq 140 \times 90$ mmHg. Normalmente, encontram-se associada às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos como o “coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, além de alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares que podem levar à morte” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.1).

Grande parte dos pacientes acometidos com pressão arterial elevada apresentam comportamentos como consumo excessivo de álcool, dieta rica em calorias, sal e falta de atividade física. A avaliação inicial do paciente com hipertensão inclui história clínica e exame físico para confirmar a elevação da pressão arterial e identificar os fatores de risco associados à HAS, é imprescindível a pesquisa de lesão de órgãos alvo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Christofolletti *et al.* (2020) asseguram que a multimorbidade, ou seja, a existência simultânea de duas ou mais doenças na mesma pessoa é preocupante tendo em vista o agravamento destas na saúde e a sobrecarga para os serviços de saúde. Há exacerbação de uso da terapêutica medicamentosa, consultas com médicos especializados e diversas hospitalizações. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), individualmente, provocam sobrecarga nos sistemas corporais, uma vez que, os processos fisiológicos sofrem alterações e facilitam, assim, o surgimento de outras doenças. Hoje, o envelhecimento populacional requer atendimento mais efetivo e abrangente da Saúde Pública para ações de promoção de melhor qualidade de vida e, normalmente, essa população tem mais de uma doença associada exigindo, portanto, mais cuidados com a saúde.

O Ministério da Saúde alerta que:

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de

baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2014, p.29)

Em relação à atenção básica, Menezes, Portes e Silva (2020) afirmam que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), é a “porta de entrada” mais importante da atenção primária à saúde (APS), que tem como premissas o direito à saúde e igualdade do cuidado. No que diz respeito à hipertensão, a ESF emprega diversas ações para tratamento das pessoas e que incluem desde a verificação da pressão arterial, as consultas médicas e de enfermagem, grupos operativos, atendimento educativo individualizado e acesso ao tratamento apropriado em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS).

Contudo, a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e tem aumentado, de forma considerável, a mortalidade por doenças cardiovasculares (DCV) devido à elevação da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Malachias *et al.* (2016, p. 5) recomendam, em relação à prevenção e ao controle da HAS que:

Estratégias para prevenção do desenvolvimento da HA englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. O objetivo deve ser estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA e de FR associados, por meio da modificação do estilo de vida (MEV) e/ou uso regular de medicamentos.

Referente ao risco cardiovascular, Malachias *et al.* (2016) asseguram que a estratificação deste risco se fundamenta em duas estratégias: na primeira, faz-se avaliação para verificar o risco relativo à hipertensão, ou seja, aferir os níveis pressóricos, averiguar os fatores de risco associados, a presença de doenças cardiovasculares ou renais. A segunda estratégia objetiva determinar se uma pessoa poderá desenvolver doenças cardiovasculares nos próximos 10 anos uma vez que a hipertensão é o principal. Embora essa forma de avaliação não seja específica para o paciente hipertenso, pois pode ser realizada em qualquer indivíduo entre 30 e 74 anos, vale ressaltar que a HA é o principal fator de risco

para DC.

No que diz respeito ao tratamento, Yugar-Toledo *et al.* (2020) apresentam algumas medidas relativas ao tratamento não medicamentoso e listam quatro delas: perda ponderal, pois dela decorrem problemas que são indicativos de mais medicamentos para controle da PA; restrição de sal; ingestão de álcool, pois tem relação direta com a quantidade de álcool consumida e a hipertensão e, por consequência, difícil controle da PA; atividade física essencial para o controle dos níveis pressóricos.

O tratamento medicamentoso, segundo Barroso *et al.* (2021, p. 556) tem objetivos específicos e um deles é

Barroso *et al.* (2021, p. 568) apontam características desejáveis na indicação do fármaco anti-hipertensivo:

- Ter demonstrado a capacidade de reduzir a morbidade e a mortalidade CV;
 - Ser eficaz por via oral;
 - Ser bem tolerado; •
- Ser administrado preferencialmente em dose única diária;
- Poder ser usado em associação;
 - Ter controle de qualidade em sua produção. Além disso, recomenda-se:
 - Utilizar por um período mínimo de quatro semanas, antes de modificações, salvo em situações especiais;
 - Não utilizar medicamentos manipulados, pois não são submetidos a controle da farmacocinética e farmacovigilância;
 - O paciente deverá ser orientado sobre a importância do uso contínuo da medicação anti-hipertensiva, da eventual necessidade de ajuste de doses, da troca ou da associação de medicamentos e ainda do eventual aparecimento de efeitos adversos;
 - Não há evidências suficientes para a recomendação rotineira da administração noturna de fármacos anti-hipertensivos, exceto em condições especiais.

Hajjar *et al.* (2019, p.795) afirmam que o risco cardiovascular deve ser avaliado em todo paciente hipertenso, pois auxilia na decisão terapêutica e no prognóstico. Dentre os fatores de risco destacam “a hipertensão, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, tabagismo, diabetes e histórico familiar” e, a partir da detecção desses fatores faz-se a prevenção primária e a secundária. Também listam outros fatores tão importantes quanto: “questões sociodemográficas, étnicas, culturais, dietéticas e comportamentais” [...]. Ressaltam a

implementação de políticas de saúde, entre elas, o estímulo aos hábitos de vida saudáveis, o acesso a medidas para prevenção primária e secundária de DCV, associados ao tratamento de eventos cardiovasculares (CV).

Em se tratando de prevenção primária, segundo Santos, Mishima e Merhy (2018, p.862):

[...] a Estratégia Saúde da Família (ESF) é tida como mola propulsora de reorientação do modelo na Atenção Primária à Saúde (APS), ao propor atenção contínua a uma população de território definido [...] embora se configure como um instrumento importante e mobilizador de mudanças, deve ser vista como campo de possibilidades, mais que modelo estruturado a ser incorporado acriticamente pelo país afora.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta-se como política prioritária da atenção básica para alcançar as metas de controle de PA. Favaro *et al.* (2017, p.12) asseguram que:

Além da importância da atuação multi e interdisciplinar, é importante que a equipe esteja preparada para desenvolver métodos ativos, na educação em grupo, investindo na aprendizagem significativa. Os grupos educativos se caracterizaram como uma ferramenta positiva na promoção da saúde.

Para Luz, Silva-Costa e Griep (2020, p.12), a equipe de saúde da família da Atenção básica pode se munir de estratégias e conhecimento para o manejo e controle da hipertensão, o que

inclui a realização de ações de prevenção e monitoramento, bem como o melhor gerenciamento da doença, com planos de tratamento ajustados e apropriados a cada indivíduo, essenciais para a obtenção dos benefícios do tratamento e redução de danos e complicações à saúde.

Portanto, como integrante de equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família cabe-nos seguir os protocolos do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Cardiologia e, com certeza, programar atividades educativas ao nível de compreensão dos usuários e que atendam às demandas trazidas por eles juntas às demandas que percebemos serem necessárias. Teremos, espera-se, um grupo de hipertensos ativo e com controle da HAS.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Esta proposta refere-se ao problema priorizado “alto índice de hipertensão e riscos cardiovasculares”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros 2, 3, 4 e 5 mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, a (s) operação (ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Durante o levantamento de dados, notamos que nossa área conta com o número de 415 hipertensos, bem acima do esperado. A estatística local demonstra como maior causa de óbitos, os de origem cardiovascular. Dos 415 pacientes hipertensos da área, 283 pessoas apresentavam quadro de sobrepeso ou obesidade e quando indagados sobre os hábitos de vida, constatamos que a população da área coberta pela equipe de saúde da família Araponga, assim como grande parte do país que possui baixo IDH, apresenta péssimos hábitos alimentares e quase 90% destes, com histórico de sedentarismo.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Eventos cardiovasculares ocorrem em grande parte das pessoas que não seguem tratamento farmacológico e não farmacológico corretamente.

A hipertensão arterial sistêmica além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficit cognitivos, como doença

de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco.

Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (PASSOS; ASSIS; BARRETOS, 2006, p.36).

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) Contamos com os seguintes fatores de risco para doenças cardiovasculares:

- Hipercolesteremia
- Baixo nível de instrução
- Tabagismo

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 passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “**Alto índice de pessoas com hipertensão**”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Araponga, do município Araponga, estado de MG

Nó crítico 1	Hipercolesterolemia
6º passo: operação (operações)	Estabelecer hábitos saudáveis como a prática de atividade física, alimentação balanceada e tratamento correto; Reduzir internações hospitalares, reduzir custo com o uso de medicação, como estatinas.
6º passo: projeto	Saude e bem estar
6º passo: resultados esperados	Redução dos níveis de colesterol e redução de forma significativa do índice de acidentes de origem cardiovascular. Alimentação saudável e “fora” sedentarismo.
6º passo: produtos esperados	Consultas regulares com nutricionista do NASF; Pacientes aderindo à dieta mais saudável e atividades físicas; Grupos educativos em funcionamento
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: educação em saúde : alimentos saudáveis; Financeiro: aquisição de materiais educativos Político: liberação dos profissionais e do espaço físico para os grupos educativos
7º passo: viabilidade do plano – recursos críticos	Financeiro: aquisição de materiais educativos Político: liberação dos profissionais e do espaço físico para os grupos educativos
8º passo: controle dos recursos críticos – ações estratégicas	Secretário de saúde (favorável) Apresentar projeto à nutricionista do NASF e aos colegas de equipe
9º passo: Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médico Enfermeiro
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliar periodicamente se os pacientes entenderam as orientações discutidas em grupo; verificar o que precisam de maiores esclarecimentos. Início em um mês. Tempo indeterminado.

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema, “**Alto índice de pessoas com hipertensão**”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Araponga do município de Araponga, estado de MG

Nó crítico 2	Baixo nível de instrução
6º passo: operação (operações)	Orientar os usuários com linguagem ao nível de compreensão sobre HAS, doenças cardiovasculares e demonstrar o índice de mortalidade proveniente de doenças cardiovasculares, as causas, consequências e prevenção
6º passo: projeto	<i>Conhecendo seu coração</i>
6º passo: resultados esperados	População consciente da importância de hábitos saudáveis para melhoria da qualidade de vida; População consciente dos riscos cardiovasculares a que estão expostos caso não sigam as orientações corretas para tratamento da hipertensão.
6º passo: produtos esperados	Grupos educacionais e grupos motivacionais
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: grupos sobre HAS, riscos cardiovasculares e prevenção dos riscos. Organizacional: agenda programada para grupos Financeiro: aquisição de material didático Político: liberação de funcionários e de área física
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Organizacional: agenda programada para grupos Financeiro: aquisição de material didático Político: liberação de funcionários e de área física
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Gerência e equipe de saúde (favoráveis) Apresentar projeto à Gerência e colegas de equipe
9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Início 3 meses Médica Enfermeira
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliar a eficácia dos grupos, através de controle pressórico, e com o <i>feedback</i> dos participantes. Retorno em consultas programadas.

Fonte: Autoria própria (2020)

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alto índice de pessoas com hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Araponga, do município de Araponga, estado de MG

Nó crítico 3	Tabagismo
6º passo: operação (operações)	Discutir nos grupos operativos/educativos os efeitos adversos que o tabagismo causa; Convidar para as discussões uma profissional psicóloga
6º passo: projeto	<i>Eu quero, eu posso.</i>
6º passo: resultados esperados	Redução do número de hipertensos tabagistas crônicos em 50% e, conseqüentemente, o número de pacientes com DPOC. Hipertensos tabagistas conhecendo os efeitos maléficos provocados pelo cigarro
6º passo: produtos esperados	Grupo de tabagismo quinzenal; Apoio psicológico mensal
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: grupo de incentivo à adesão ao grupo, palestras com profissionais habilitados Financeiro: material didático, fornecimento de medicações. Político: Mostrar ao secretário de saúde a importância de um psicólogo no grupo educativo
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Para o grupo apresentar bons resultados necessitamos de apoio da SMS, não deixando os pacientes interromperem o tratamento por falta de medicação ou de profissionais.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretário Municipal de Saúde eSF (favorável) Apresentar e discutir com o secretário os objetivos do grupo educativo e a necessidade de insumos
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Enfermeira - 3 meses para iniciar; ACS- captação de pacientes Psicóloga - 4 meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Médica O acompanhamento dos grupos educativos e a presença dos participantes sinalizam se há necessidade de mudanças e foco do trabalho.

Fonte: Autoria própria (2020).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial sistêmica tem se destacado como importante fator de risco modificável para doenças cardiovasculares e considerada a principal causa de morte em todo o mundo.

Dentre os fatores sociodemográficos, comportamentais e relacionados à adesão ao tratamento, nossos resultados mostram a necessidade de intervenções eficientes da ESF para melhor controle da pressão arterial em pessoas hipertensas evitando, assim, danos severos e irreversíveis aos usuários. No âmbito da atenção básica, podemos oferecer estratégias para o manejo adequado da hipertensão, o que inclui a realização de ações de prevenção e monitoramento, bem como o melhor gerenciamento da doença, com planos de tratamento ajustados e apropriados a cada indivíduo. Estas ações são essenciais para a obtenção dos benefícios do tratamento e redução de danos e complicações à saúde dos usuários hipertensos.

Atividades de educação em saúde precisam ser constantes e, assim, tanto para despertar interesse dos profissionais por novas experiências de aprendizagem quanto para orientação dos usuários da comunidade adscrita à UBS.

Ressalta-se a necessidade de proporcionar modos de pensar favoráveis ao desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva dos trabalhadores, a fim de que ocorram as transformações necessárias para a melhoria da saúde da população.

REFERENCIAS

BARROSO, W.K.S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq Bras Cardiol.** v. 116, n.3, p. 516-658, 2021.

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, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

CHRISTOFOLETTI, M. *et al.* Simultaneidade de doenças crônicas não transmissíveis em 2013 nas capitais brasileiras: prevalência e perfil sociodemográfico. **Epidemiol. Serv. Saúde.** Brasília, v. 29, n. 1, e2018487, 2020.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. . **Iniciação à metodologia:** trabalho de conclusão de curso. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. 77p

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

FAVARO, D. T. L. *et al.* Grupos educativos para o controle de hipertensão e diabetes mellitus: revisão integrativa de literatura. **Arquivos de Ciências da Saúde,** São José do Rio Preto, v. 24, n. 1, p. 7-14, 2017.

HAJJAR, L. A. *et al.* Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arq Bras Cardiol.** v.113, n.4, p. 787-891, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE-cidades, Araponga 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/araponga/panorama>>.

LUZ, A. L. A.; SILVA-COSTA, A.; GRIEP, R. H. Pressão arterial não controlada entre pessoas idosas hipertensas assistidas pela Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. geriatr. gerontol.,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, e200211, 2020

MALACHIAS, M.V.B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 2 - Diagnóstico e Classificação. **Arq. Bras. Cardiol.,** São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 7-13, Sept. 2016

MENEZES, T.C.; PORTES, L. A.; SILVA, N. C. O. V.. Prevalência, tratamento e controle da hipertensão arterial com método diferenciado de busca ativa. **Cad. saúde colet.,** Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 325-333, set. 2020.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 35-45, mar. 2006.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, Mar. 2018

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.** v. 95, n.,1 supl.1,, p. 1-51, 2010.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **JACC.** v.55, n.1, p. 66-73, 2010.

YUGAR-TOLEDO, J. C. *et al.* Posicionamento Brasileiro sobre Hipertensão Arterial Resistente – 2020. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 114, n. 3, p. 576-596, Mar. 2020