

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

KATIA MARTÍNEZ PALOMINO

**REDUÇÃO DE HIPERTENSOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PETROLÂNDIA II DO
MUNICÍPIO CONTAGEM-MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2017

KATIA MARTÍNEZ PALOMINO

**REDUÇÃO DE HIPERTENSOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PETROLÂNDIA II DO
MUNICÍPIO CONTAGEM-MINAS GERAIS**

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

Orientadora Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2017

KATIA MARTÍNEZ PALOMINO

**REDUÇÃO DE HIPERTENSOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PETROLÂNDIA II DO
MUNICÍPIO CONTAGEM-MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - orientadora

Profa. Dra. Profa. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 06/12/2017

DEDICO

Este trabalho para meus pais que sempre me brindaram com seu amor e apoio e por seu grande esforço, hoje sou médica, e posso ajudar às pessoas que precisam de atenção e cuidados em qualquer lugar do mundo e em qualquer circunstância.

A minha filha querida que, apesar da distância, me fortalece para seguir em frente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus primeiramente e à minha família porque sem eles não poderia estar hoje aqui.

Agradeço também o apoio de meus colegas de trabalho e de minha comunidade que, de uma forma ou outra, fizeram possível a realização deste trabalho.

Agradeço também a minha tutora Adriana Moreira Serafim e minha orientadora Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete pela ajuda imensurável.

Muito obrigada.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial e associa-se a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. O diagnóstico situacional baseado no método de Planejamento Estratégico Situacional identificou como problema principal para enfrentamento, a alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica. Assim, este estudo teve por objetivo elaborar um plano de intervenção para redução da incidência de hipertensão arterial em pacientes atendidos no Programa Saúde da Família Petrolândia II do município de Contagem-Minas Gerais. Foi realizada também uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores: hipertensão, fatores de risco, educação em saúde e atenção primária à saúde. Através da construção e realização deste plano de intervenção podemos concluir que a atuação dos profissionais da atenção primária à saúde é de muita importância para contribuir na melhoria da qualidade de vida de cada indivíduo de nossa comunidade.

Palavras chave: Hipertensão. Fatores de Risco. Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is a multifactorial clinical condition characterized by elevated and sustained blood pressure levels and is associated with metabolic alterations, with a consequent increase in the risk of fatal and non-fatal cardiovascular events. The situational diagnosis based on the Situational Strategic Planning method identified, as the main problem for coping, the high prevalence of patients with systemic arterial hypertension. Thus, this study aimed to develop an intervention plan to reduce the incidence of arterial hypertension in patients attending the Petrolândia II Family Health Program in the city of Contagem-Minas Gerais. A bibliographic research was also carried out in the Virtual Health Library with the descriptors: hypertension, risk factors, health education, and primary health care. Through the construction and implementation of this intervention plan, we can conclude that the primary health care professionals' performance is of great importance to contribute to improving the quality of life of each individual in our community.

Keywords: Hypertension. Risk Factors. Health education. Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário da Saúde
AVC	Acidente vascular encefálico
DCV	Doenças Cardiovasculares
ESF	Equipe da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HA	Hipertensão Arterial
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVO.....	17
4 METODOLOGIA.....	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	19.
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	23
6.1 Descrição do problema selecionado.....	23
6.2 Explicação do problema.....	23
6.3 Seleção dos nós críticos	23
6.4 Desenho das operações.....	24
6.5 Gestão do plano.....	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Contagem

Contagem é um município localizado na região central do estado de Minas Gerais e fica aproximadamente a 21 km de Belo Horizonte. A população é de 603.442 habitantes e ocupam uma área de 194.586 km² com uma densidade populacional de 3.100,8 hab/km². A estimativa populacional para o ano 2017 foi de 658.580 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015)

A partir da década de 1930, Contagem passaria a ocupar um lugar central no desenvolvimento mineiro. Durante o IV congresso Comercial, Industrial e Agrícola, realizado em Belo Horizonte em 1935, surgiu a proposta de concentrar atividades industriais mineiras em uma área específica. Essa proposta tinha como objetivo superar o atraso econômico mineiro e representava uma aposta no caminho da industrialização (CONTAGEM, 2016).

Em 1970, também por iniciativa do setor público, foi constituído o segundo grande projeto de expansão industrial em Minas. Mais uma vez o foco foi localizado em Contagem. Por força da lei municipal n. 911, de 16 de abril, foi implantado o Centro Industrial de Contagem, mais conhecido pela sigla "CINCO". O projeto previa a instalação de 100 novas fábricas e a geração de 20 mil novos empregos, com recursos do então Banco Nacional de Desenvolvimento Económico (BNDE). (40%) e da própria Prefeitura de Contagem (60%) (CONTAGEM, 2016).

Com o passar do tempo, em torno dessa base industrial, se desenvolveu uma extensa malha de serviços e equipamentos públicos. Destaca-se criação do entreposto das Centrais de Abastecimento de Minas Gerais S/A (CEASA/Minas), ainda em 1974, e o surgimento do Eldorado, verdadeiro centro comercial da cidade na atualidade. O entreposto do CEASA é o mais diversificado do Brasil e ocupa o segundo lugar nacional em vendas de hortigranjeiros (CONTAGEM, 2016).

Contagem integra a Região Metropolitana de Belo Horizonte, sendo um dos mais importantes municípios dessa aglomeração urbana, principalmente pelo seu grande parque industrial. Seu sistema viário, planejado para comportar um fluxo intenso de veículos e de carga, é feito através das principais rodovias do país, a BR-381 BR-262 e a BR-040 (IBGE, 2015).

Petrolândia é uma região administrativa do município brasileiro de Contagem e é composta pelos bairros Petrolândia, Sapucaias I, Sapucaias II, Tropical, Campo Alto, Beija-flor, Industrial São Luiz, Universal e São Caetano. Petrolândia é o principal bairro da região sudoeste da cidade (CONTAGEM, 2016).

A origem do bairro Petrolândia remonta ao final da década de 1950, quando algumas fazendas tiveram parte de suas terras compradas pela Companhia Imobiliária e Construtora de Belo Horizonte (CICOBE). Porém, os loteamentos só seriam iniciados em começos dos anos setenta. Nesses primeiros tempos não existiam vias asfaltadas ou ruas abertas e predominavam os lotes baldios e as trilhas. Por não haver transporte público a população tinha que andar muitos quilômetros a pé para chegar ao Centro de Contagem ou ao Bairro Industrial (CONTAGEM, 2016).

Além da divisão dos lotes houve demarcação das áreas em que seriam erguidas a Igreja e a Praça. O templo religioso, dedicado a Nossa Senhora da Aparecida, foi edificado nos anos setenta e sua inauguração se deu em 24 de maio de 1976. Já a Praça, hoje designada por Praça da Petrobrás foi sendo construída ao longo da década de 1980, recebendo várias reformas nos anos seguintes. Para que esse terreno fosse convertido em uma área pública, fez-se necessária a mobilização da comunidade (CONTAGEM, 2016).

Em começos dos anos noventa quase todas as ruas do Petrolândia já contavam com pavimentação de asfalto, além de esgoto, água encanada e eletrificação. Houve melhoria no transporte público, com ampliação de linhas ligando o bairro ao centro do município ou diretamente à cidade de Belo Horizonte.

1.2 O sistema municipal de saúde

Na atenção Primária à Saúde, Contagem tem 95 Unidades de Saúde da Família. Dentre outros serviços de atendimento.

Na atenção secundária, o município tem uma policlínica, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e CAPS ad (álcool e drogas), um CAPS I, um centro de referência em saúde mental - CERSAM, um Centro de Convivência, um Centro de Referência em Atenção especial à saúde – CRASE, um Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais – CREDENPES, um CADEF Centro de Apoio ao Deficiente Físico, um Centro de Referência em atenção à Educação Inclusiva (CRAEDI).

Na atenção terciária, o município dispõe de dois hospitais, um que atende convênios e o Sistema Único de Saúde (SUS) e outro que assiste pacientes da cidade e região, com Pronto Atendimento (PA), Centro de Terapia Intensiva (CTI) e Maternidade.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Petrolândia II, seu território e sua população

Atualmente, a unidade de saúde Petrolândia II, do bairro Petrolândia, tem 1488 famílias cadastradas e 4926 pessoas cadastradas, sendo que 51,9% correspondem ao sexo feminino e 48% ao sexo masculino. A equipe de saúde é formada por: uma médica, um enfermeiro, uma técnica em enfermagem, uma administrativa e três Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O horário de funcionamento da unidade é de 7:00 às 17:00 hs, de segunda à sexta-feira. A UBS não é o único estabelecimento de saúde da região. No bairro existe mais uma equipe de Estratégia Saúde da Família que também atende a comunidade.

O trabalho na UBS caracteriza-se, em sua grande maioria, por consultas médicas e/ou de enfermagem e por visitas domiciliares realizadas por médico, uma enfermeira e um agente de saúde. Há uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que atua ativamente na região, prestando assistência psicológica, social, fisioterapêutica, o que complementa as ações da ESF da comunidade.

Segundo os dados da UBS Petrolândia II havia cadastrado no final de 2016, 951 portadores de hipertensão arterial, 327 de diabetes e dois portadores de tuberculose. A taxa de mortalidade infantil, neste mesmo ano, foi de 1/1000 nascidos vivos que apesar de bastante baixa apresentou uma diminuição em relação ao ano anterior, tendência observada nos últimos anos. A cobertura vacinal da população de menores de 5 anos de idade foi de 89%.

O diagnóstico situacional feito na nossa área de abrangência apresentou como principais problemas a serem enfrentados pela comunidade: alta Prevalência das doenças cardiovasculares (hipertensão arterial); polifarmácia, uso de mais de cinco remédios por elevado número de pacientes, uso indiscriminado de psicofármacos e abuso de álcool.

1.4 Priorização de problemas

Depois de discussão pelos membros da equipe e com base nos ensinamentos da disciplina de planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) a equipe se pautou para priorizar os problemas nos seguintes atributos:

- A importância, atribuindo valor “alto, médio ou baixo”,
- Urgência, distribuindo pontos conforme apreciação, e
- Capacidade para enfrentar os problemas identificados, definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto.

No quadro 1 apresentamos os problemas e sua ordem de prioridade conforme mencionado anteriormente.

Quadro 1- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe 59, Petrolândia II, Contagem, 2017

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de Hipertensão Arterial.	Alta	8	Parcial	1
Poli farmácia- uso de mais de cinco remédios por elevado número de pacientes	Alta	7	Parcial	2
Uso indiscriminado de psicofármacos	Alta	6	Parcial	3
Abuso de álcool	Alta	5	Parcial	4

Depois de um debate, a equipe considerou que o problema de **Alta prevalência Hipertensão Arterial** é de prioridade 1. Nos últimos 3 anos a incidência de hipertensão arterial foi maior, sendo cadastrados, ao final do ano 2016, 951 pacientes hipertensos.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de Hipertensão arterial na comunidade com um total de 951 hipertensos, pelo grande número de pacientes com níveis pressóricos não controlados e pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) e representa um problema de saúde pública e um dos principais fatores de risco modificáveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No Brasil, a hipertensão atinge 32,5% de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV) e, ainda, ao lado da Diabetes, suas complicações cardíacas, renais, dentre outras. Em 2013, ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672, isto é, 29,8% decorrentes de DCV, a principal causa de morte no país (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Assim, uma assistência integral e de qualidade é de fundamental importância para a sistematização do atendimento aos usuários hipertensos bem como o acompanhamento de seu tratamento medicamentoso e não medicamentoso, com o intuito de evitar as complicações e controlar os fatores de risco.

Destaca-se, também, a alta procura de usuários por consultas relativas aos problemas relacionados à HAS sendo frequentes tanto aqueles que a buscam com queixas quanto outros que não apresentam sintomatologia e estão com pressão alta.

Um elemento chave fundamental na terapêutica do paciente hipertenso é a sua educação para o controle adequado da hipertensão, pois lhe permite compreender melhor a sua doença e respectivas consequências, o que facilita a adesão adequada ao tratamento e maior sobrevida com melhor qualidade de vida.

Este tema é de muita importância para o pessoal de saúde para controlar e ou diminuir a morbimortalidade por esta doença, melhorando a qualidade de vida da população. Por isso, é que organizamos este Projeto de Intervenção em Saúde, com

grandes possibilidades de se realizar, respondendo aos interesses da comunidade e a equipe de saúde.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para redução da incidência de hipertensão arterial em pacientes atendidos no PSF Petrolândia II do município de Contagem-Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

A Equipe de Saúde da Família do PSF Petrolândia II, do município de Contagem – MG realizou o diagnóstico situacional baseado no método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), apresentado na disciplina de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Conforme relacionado anteriormente, o problema eleito para investimento com ações efetivas pela equipe de saúde foi a alta prevalência da hipertensão arterial.

Para dar sustentação ao plano de intervenção, foi feita pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores:

Hipertensão,

Fatores de risco,

Educação em saúde,

Atenção primária de saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As doenças do aparelho circulatório encontram-se entre as doenças crônicas não transmissíveis e são as principais causas de mortalidade no mundo, incluindo o Brasil. Em relação às doenças cardiovasculares, a cerebrovascular é uma das doenças que apresenta alta incidência e mortalidade e apontam uma transição epidemiológica demorada em comparação com outros países (DUNCAN *et al.*, 2012; LOTUFO; BENSENOR, 2009).

Ao contrário da doença coronariana, na qual há quatro grandes fatores de risco envolvidos - dislipidemia, hipertensão, tabagismo e diabetes -, a doença cerebrovascular tem a hipertensão como principal fator de risco, não somente para os casos de hemorragia parenquimatosa, mas também para os eventos isquêmicos cerebrais. Por essa razão, a identificação, o tratamento e o controle da hipertensão arterial devem ser considerados determinantes principais para a redução da mortalidade: primeiro, por diminuir a incidência da doença; segundo, por alterar a história natural da doença, reduzindo a letalidade (LOTUFO *et al.*, 2017, p. 138).

A Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A HAS, por se apresentar também assintomática, silenciosa dificulta que a pessoa a perceba e precocemente e, com isso, afeta sua qualidade de vida. Além do mais, traz consequências de alto investimento como as internações e procedimentos técnicos de alta complexidade. Leva, ainda, ao “absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces” Sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007, p. 234).

Sabe-se que hipertensão mata, a cada ano 7,6 milhões de pessoas em todo o mundo e que 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil, acometendo principalmente pessoas com idade entre 45 e 69 anos. No Brasil, a HAS afeta mais de 30 milhões de brasileiros, dos quais 36% é sexo masculino e 30% são mulheres (WESCHENFELDER; MAGRINI; GUE MARTINI, 2012).

Por tudo isso, o profissional deve dar grande atenção à presença de fatores de risco, modificáveis e não modificáveis, agregados com a causa e o desenvolvimento da hipertensão. Nós, profissionais temos grande oportunidade de propor e realizar ações preventivas nos fatores de risco modificáveis como o tabagismo, hipercolesterolemia, diabetes *mellitus* e sobrepeso/obesidade normalmente associados com o sedentarismo (BEJARANO; CUIXART, 2011).

Estudos mostram que há uma maior prevalência de hipertensão arterial entre indivíduos de nível socioeconômico mais baixo e este fato pode estar associado aos hábitos dietéticos devido ao alto consumo de sal e álcool dessa população, obesidade, menor nível de escolaridade e menor acesso aos cuidados de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Weber, Oliveira e Colet (2014, p.115) no que diz respeito ao tratamento da HAS afirmam que:

As mudanças nos hábitos de vida, como o controle de peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis com redução do consumo de sal e gordura, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e prática de atividade física regular, são indicadas para todos os hipertensos, independente do tratamento medicamentoso estar instituído.

Quanto ao tratamento medicamentoso, a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p. 35) tece as seguintes recomendações:

Princípios gerais no tratamento medicamentoso. Desde que exista indicação de tratamento com medicamentos, o paciente deverá ser orientado sobre a importância do uso contínuo, da eventual necessidade de ajuste de doses, da troca ou associação de medicamentos e ainda do eventual aparecimento de efeitos adversos.

Um medicamento para ser indicado deverá, preferencialmente:

- Ter demonstrado a capacidade de reduzir a morbimortalidade CV;
- Ser eficaz por via oral;
- Ser bem tolerado;
- Poder ser usado no menor número de tomadas por dia;
 - Ser iniciado com as menores doses efetivas;
- Poder ser usado em associação;
- Ser utilizado por um período mínimo de quatro semanas, antes de modificações, salvo em situações especiais;
- Ter controle de qualidade em sua produção.

De acordo com a Fundação Hospitalar Estadual de Minas Gérias (FHEMIG, 2013, p. 437), o tratamento com o uso de anti-hipertensivos busca reduzir a pressão arterial e evitar a ocorrência de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Diminui-se, portanto, a morbidade e mortalidade “ com o uso de diuréticos, betabloqueadores, IECA, bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina e antagonistas dos canais de cálcio, embora a maioria dos estudos utilizem, no final, associação de drogas”
Independente da droga utilizada percebe-se os benefícios para o hipertenso com a redução da pressão.

Mendonça e Nunes (2015, p. 405) chamam a atenção para o papel fundamental dos membros da equipe de saúde da família quanto às ações educativas que devem assumir:

O grupo é uma importante estratégia para trabalhar a educação em saúde com portadores de doenças crônicas, tais como HA e DM. Assim, é fundamental que as ESFs se organizem no sentido de oferecer tal tipo de assistência a esse grupo populacional. No presente estudo, verificou-se que a maioria das UBSs do município oferece ações de educação em saúde; contudo, tais ações ainda estão focadas em temas curativistas e que pouco estimulam a participação dos usuários no processo. Os profissionais de saúde que se mostraram mais envolvidos nessa atividade foram os ACSs e os enfermeiros

Nesse sentido, a educação do paciente hipertenso é o elemento fundamental para o controle adequado da hipertensão arterial, porque possibilita ao paciente compreender melhor sua doença e as consequências que terá caso não faça tratamento adequado.

A atuação da equipe multiprofissional consegue obter melhor controle da hipertensão e, conseqüentemente maior adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. A equipe multiprofissional deve trabalhar integrada com todos os seus membros além de musicoterapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Na introdução deste trabalho já foram explicitados os problemas de saúde identificados pelo diagnóstico situacional e a priorização do mesmo. Foi, portanto, definido que atuaríamos sobre a “alta incidência de hipertensão arterial”.

6.1 Descrição do problema selecionado

Reafirmamos que houve aumento nos índices de hipertensão arterial, na nossa área de abrangência e, em 2016 identificamos 951 pacientes registrados o que corresponde a 25.1 % do toda da população de Petrolândia II. Isso chamou a atenção da equipe, pois a HAS é uma doença crônica não transmissível que pode levar a múltiplas complicações cardiovasculares, cerebrais e renais além de desencadear um número de internações hospitalares, aposentadoria e mortalidade por esta causa. Daí a necessidade de se investir em ações que levem à diminuição do índice de hipertensos na nossa área.

6.2 Explicação do problema selecionado

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), os desafios do controle e prevenção da hipertensão e suas complicações, no Brasil, estão, principalmente, sob a responsabilidade das equipes de Atenção Básica (AB). Isto é devido ao fato de que esas equipes, além de profisisonais de diversas formações, promovem vínculo com a comunidade e conhecem suas histórias, cultura e os fatores sociais envolvidos. Torna-se, portanto mais fácil trabalhar com a comunidadeas mudanças cabíveis no estilo de vida, fator fundamental no sucesso do tratamento e na prevenção da hipertensão.

As alterações dos hábitos e estilo de vida, quando feitas corretamente podem baixar a pressão arterial para valores idênticos aos obtidos com medicação. A combinação de duas ou mais alterações pode produzir resultados ainda melhores.

6.3 Seleção dos “nós críticos”

- Hábitos e estilos de vida inadequados

- Nível de informação deficiente
- Processo de trabalho da equipe de saúde deficitário

6.4 Desenho das operações

Para cada nó crítico desenharam-se as operações com os resultados esperados, produtos e recursos necessários.

Quadro 2: **Desenho das operações:**

Nó crítico.	Operação/ Projeto.	Resultados Esperados.	Produtos.	Recursos Necessários.
Hábitos e estilos de vida inadequados	<i>Vida saudável</i> Modificar hábitos e estilo de vida	Melhorar os hábitos de vida da população adscrita. Diminuir ao máximo o nível de sedentarismo, obesidade, maus hábitos dietéticos, hábito de fumar e de beber álcool dos usuarios.	Reunião de equipe com discussões teóricas e práticas sobre HAS; Grupos educativos com a comunidade para explicar sobre a importância de modificar os estilos de vida inadequados, sobre os hábitos tóxicos, necessidade de fazer exercícios físicos, levar uma dieta saudável. Campanha educativa na rádio local. Grupos de caminhada	Cognitivo: Conhecimento de técnicas de trabalho em grupo e sobre HAS. Político: obtenção de espaços para grupos e caminhadas. Organizacional: Gerenciar recursos para oferecer educação pela saúde em HAS. Financeiro: Financiamento de materiais para EPS.
Nível de informação insuficiente	<i>Eu sei, eu posso.</i> Aumentar o nível de informação	Melhorar o nível de conhecimento sobre a doença. Capacitar os ACS para	Equipe motivada e conhecedora sobre a HAS e técnicas de comunicação	Cognitivo: Conhecimento de técnicas de trabalho.

	da população sobre a HAS e seus riscos.	detecção de fatores de risco na população quando da Visita domiciliar	para aprender os aspectos mais importantes sobre a doença, e a forma de atuar com a comunidade para diminuir os riscos cardiovasculares. Campanha educativa na rádio local. Comunidade consciente dos riscos da falta de controle da HAS e se auto cuidando.	Político: obtenção de espaços para grupos educativos. Organizacional: Gerenciar recursos para oferecer educação em saúde sobre HAS. Financeiro: Financiamento de materiais para EPS.
Processo de trabalho da equipe de saúde deficitário	Equipe unida Melhorar processo de atendimento dos profissionais.	Melhorar atendimento e dar cobertura à população com HAS em mais de 80%.	Equipe motivada para melhorar o atendimento aos hipertensos. Comunidade melhor assistida pela equipe de saúde. Processo de trabalho efetivo e eficaz. Implantação da linha de cuidado	Cognitivo: Conhecimento das portarias de trabalho do SUS. Político: Mobilização setorial a solução problema. Organizacional: Organização de agendas do trabalho.

6.5 Gestão do plano

No início, quinzenalmente, a equipe se reunirá no final do dia de trabalho para discutir e apontar fragilidades no processo de trabalho e soluções eficazes e concretas. Posteriormente, a reunião poderá ser mensal e depois com intervalos maiores.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A leitura de artigos e a elaboração do plano de intervenção para o controle da hipertensão arterial mostrou ser necessário atuar sobre os fatores de risco, educar a população para mudanças nos hábitos e estilos de vida e adesão ao tratamento.

Essas ações são fundamentais para a prevenção de fatores de risco decorrentes da hipertensão e a atenção primária tem papel importante nessas ações.

Com o nosso trabalho, pretendemos que a comunidade conheça quais são os fatores de risco que os afetam e como modificá-los para a prevenção de complicações da hipertensão e elevar a qualidade da vida. Buscamos, também, atingir a meta de alcançar 100% de capacitação da Equipe de saúde da família, com vista a que obtenham conhecimentos sobre o problema das pessoas com Hipertensão Arterial e seus fatores de risco. Com a comunidade, pretendemos aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em 90% dos casos, controlar 85% dos fatores de risco e, ainda, avaliar a pressão arterial de 100% dos adultos que procuram a consulta.

Através da construção e realização deste plano podemos concluir que a assistência às pessoas com Hipertensão Arterial e fatores de risco associados e, a atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde é de muita importância, para contribuir para a melhorar a qualidade de vida e para troca de experiências, saberes e vivências.

REFERÊNCIAS

BEJARANO, L.J. M.; CUIXART, C. B. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. **Aten Primaria**. v.43, n. 12, p. 668-677, 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.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

CONTAGEM. **História de Contagem** - Folha de Contagem. 1º Jornal *on line*, 2016
Disponível em: www.folhadecontagem.com.br/

DUNCAN, B, B. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: priorities for disease management and research. **Rev Saúde Pública**. v.46 (Supl. 1), p. 126-34, 2012.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR MINAS GERAIS. FHEMIG. Diretrizes Clínicas Protocolos Clínicos. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Minas Gerais, 2013. Disponível em: www.fhemig.mg.gov.br e intranet

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **IBGE @ cidades**, 2015. Censo Populacional, 2015. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>

LOTUFO, P. A. *et al.* Doença cerebrovascular no Brasil de 1990 a 2015: Global Burden of Disease 2015. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 20, (supl. 1), p. 129-141, maio 2017.

LOTUFO, P.A.; BENSENOR, I.M. Stroke mortality in Brasil: on example of delayed epidemiological cardiovascular transition. **Int J Stroke**. v.4, n. 1, p. 40-1, 2009.

MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F.P. A. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. **Trab. educ. saúde.**, v. 13, n. 2, p. 397-409, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 107, n. 3, Suplemento 3, p.1-83, 2016.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 89, n. 3, p. e24-e79, Sept. 2007.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto - enferm.**, v. 16, n. 2, p. 233-238, June 2007.

WEBER, D.; OLIVEIRA, K. R.; COLET, C. F. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde **Rev Bras Hipertens.** v. 21, n. 2, p. 114-121, 2014.

WESCHENFELDER MAGRINI, D.; GUE MARTINI, J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. **Enferm. glob.** v. 11, n. 26, p. 344-353, 2012.