

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

**EDUARDO ANGEL BELLO DIAZ**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES ATENDIDOS NA  
UBS SÃO GERALDO DO MUNICÍPIO DE SÃO GOTARDO - MG:  
ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO**

**UBERABA- MINAS GERAIS**

**2016**

**EDUARDO ANGEL BELLO DIAZ**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES ATENDIDOS NA  
UBS SÃO GERALDO DO MUNICÍPIO DE SÃO GOTARDO - MG:  
ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Esp. Judete Silva Nunes

**UBERABA - MINAS GERAIS**

**2016**

**EDUARDO ANGEL BELLO DIAZ**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES ATENDIDOS NA  
UBS SÃO GERALDO DO MUNICÍPIO DE SÃO GOTARDO - MG:  
ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO**

Banca Examinadora:

Examinador 1 – Prof.<sup>a</sup> Esp. Judete Silva Nunes

Examinador 2 – Prof.<sup>a</sup> Esp. Letícia Ferreira Castro – UFTM

Aprovado em Uberaba, em 30 de maio de 2016.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a minha esposa, filhas e aos meus pais pelo seu apoio incondicional.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha tutora, à Secretária de Curso de Especialização, aos colegas de sala, e para todas as pessoas que, de uma forma ou outra, contribuíram para a realização deste trabalho.

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial e esse número é crescente. O aparecimento da hipertensão arterial está cada vez mais precoce, e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. Identificamos na área de abrangência da equipe de saúde São Geraldo, localizado no município São Gotardo em Minas Gerais, grande número de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica decorrentes de um estilo de vida não saudável presentes na população. A Hipertensão Arterial Sistêmica foi escolhida como um problema prioritário devido à importância de um controle adequado dela para evitar complicações. Assim este estudo objetivou elaborar um projeto de intervenção para reduzir as complicações mais frequentes em pacientes cadastrados com Hipertensão Arterial Sistêmica na ESF de São Geraldo. Para tal fez-se uma pesquisa da bibliografia na BVS, LILACS, MEDLINE e IBECs com os descritores planejamento em saúde, gestão de risco e doenças cardiovasculares. Na intervenção pretende-se realizar educação em saúde pelos integrantes da ESF e aumentar o conhecimento dos usuários, além de reforçar o cuidado da hipertensão arterial e capacitação primeiramente dos profissionais participantes, assim como modificar hábitos e estilos de vida. Esta intervenção constitui uma ferramenta extremamente útil para auxiliar a equipe de saúde a lidar com os problemas do dia a dia da Unidade Básica.

**Palavras chaves:** Planejamento em saúde. Gestão de risco. Hipertensão Arterial.

## ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is a serious public health problem in Brazil and worldwide. It is one of the most important risk factors for the development of cardiovascular, cerebrovascular and renal diseases. In Brazil there are about 17 million hypertensive patients and that number is growing; its appearance is increasingly early and it is estimated that about 4% of children and adolescents are also suffering. We identify the health team coverage area São Geraldo located in the municipality Gotthard, Minas Gerais, a large number of patients with systemic hypertension, due to an unhealthy lifestyle present in the population. The Hypertension was chosen as a priority issue because of the importance of proper control of it to avoid complications. So this study aimed to develop an intervention project to reduce the most common complications in patients registered with Hypertension in São Geraldo ESF. For this was made a bibliography of research in VHL LILACS, MEDLINE and IBICS with health planning descriptors, risk management and cardiovascular disease. The intervention we intend to conduct health education by members of the ESF and raise awareness of users, in addition to enhancing the care of hypertension and training primarily of professional participants, as well as changing habits and lifestyles. This intervention is an extremely useful tool to help health staff to deal with the problems of everyday life of the Basic Unit.

**Key words:** Health planning. Risk management. Arterial hypertension

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Tabela 1-**População segundo a faixa etária na área de abrangência da Equipe de Saúde da família São Geraldo do município São Gotardo, 2015.

**Tabela 2-** Morbidade de ESF São Geraldo. 2015.

**Tabela 3-** Priorização dos problemas encontrados no diagnóstico situacional da área de abrangência do UBSF São Geraldo em São Gotardo/MG, 2015.

**Tabela 4-** Nós críticos definidos para o problema enfrentado: altos níveis de HAS na população assistida na UBSF São Geraldo em São Gotardo/MG, 2015.

**Tabela 5-** Desenho de operações para os nós críticos do problema da elevada incidência de hipertensos na UBSF São Geraldo em São Gotardo/MG, 2015.

**Tabela 6-** Recursos críticos definidos para o problema enfrentado: altos níveis de HAS na população assistida na UBSF São Geraldo em São Gotardo/MG, 2015.

**Tabela 7.** Proposta de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do plano de intervenção para o enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBSF São Geraldo em São Gotardo/MG, 2015.

**Tabela 8-** Plano operativo para enfrentamento do Problema da Incidência de Hipertensos na UBSF São Geraldo em São Gotardo/MG, 2015.

**Tabela 9-** Gestão do plano para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBSF São Geraldo em São Gotardo/MG, 2015.

**Quadro 1-** Hipertensos na ESF de São Geraldo cadastrados.

**Quadro 2-** Valores Pressóricos

**Quadro 3-** Conduta a ser tomada frente a cada paciente segundo nível pressórico e risco cardiovascular.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária de Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

DCV - Doenças Cardiovasculares

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FR - Fatores de risco

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia Estadística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IMC - Índice de Massa Corporal

IBECS - Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde

LILACS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde

MG- Minas Gerais

NASF- Núcleo de Apoio da Saúde de Família

OMS- Organização Mundial de Saúde

PA-Pressão arterial

PES- Planejamento Estratégico Situacional

PSF- Programa de Saúde da Família

SciELO - Scientific Electronic Library Online

SIAB- Sistema de Informação de Atenção Básica

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>15</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1. Objetivo geral .....</b>	<b>16</b>
<b>3.2. Objetivos específicos.....</b>	<b>16</b>
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>17</b>
<b>5. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>18</b>
<b>6. PLANO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>26</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>38</b>

## 1. INTRODUÇÃO

São Gotardo é um município de Minas Gerais, localizado na mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba. Está situado a cerca de 370 km da capital, Belo Horizonte. A população em 2010, segundo o Censo Demográfico, era de 31.819 habitantes, com previsão de 34.425 para o ano de 2015. Apresentou Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,736 em 2010 (IBGE, 2015).

O município tem na agricultura a sua principal atividade econômica, seguida da pecuária, comércio e indústria. A agricultura tem uma produção altamente diversificada, com aplicação de alta tecnologia, constantes de projetos de pesquisa, assistência técnica que resultam em índices elevados de produtividade, com uma rotatividade de plantio de colheitas de janeiro a dezembro. É conhecida nacionalmente por ser capital nacional da cenoura e por realizar a FENACEN, festa da cenoura (IBGE, 2015).

A Equipe São Geraldo é responsável pelo atendimento de uma população de 3885 habitantes, sendo 1295 famílias na área urbana e 54 rurais com um total 1857 homes e 2028 mulheres conforme tabela 1. Na ESF trabalham um médico, um técnico de enfermagem, um técnico de saúde bucal e sete agentes comunitários de saúde.

**Tabela 1 - População segundo a faixa etária na área de abrangência da Equipe de Saúde da família São Geraldo do município São Gotardo, 2015.**

Faixa etária	Masculino		Feminino		Total	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Menos de 1 ano	17	0,44	24	0,61	41	1,06
1 a 4 anos	102	2,63	94	2,42	196	5,05
5 a 6 anos	47	1,20	37	0,95	84	2,16
7 a 9 anos	80	2,06	69	1,78	149	3,84
10 a 14 anos	126	3,24	136	3,50	262	7,74
15 a 19 anos	152	3,91	163	4,20	315	8,11
20 a 39 anos	596	15,34	644	16,58	1240	31,91

40 a 49 anos	272	7,00	284	7,31	556	13,48
50 a 59 anos	193	4,97	242	6,23	435	14,31
Mais de 60 anos	272	7,00	335	8,62	607	15,62
Total	1857	47,80	2028	52,20	3885	100

**Fonte:** SIAB, 2015

A Tabela 2 mostra a morbidade da área de abrangência da ESF São Geraldo, com relevância no número de Hipertensos, com 603 pacientes (15,52% da população), seguido da Diabetes com 150 (3,86%) pacientes.

**Tabela 2 - Morbidade de ESF São Geraldo. 2015**

Doenças crônicas	0a 14 anos		15 anos e mais		Total	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Alcoolismo	0,0	0,0	10	0,89	10	0,26
Chagas	0,0	0,0	02	0,0	02	0,0
Hanseníase	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tuberculoses	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hipertensão arterial	00	0,0	603	15,52	603	15,52
Diabéticos	02	0,05	150	5,79	152	3,91
Epilepsia	02	0,05	02	0,05	02	0,05
Deficiência física	01	0,02	17	1,16	18	0,46
Deficiência mental	01	0,02	0,0	10	11	0,28

**Fonte:** SIAB, 2015.

A organização da agenda de atendimentos da equipe do São Geraldo é feita pelo médico e pela enfermagem. A UBS do bairro São Geraldo trabalha com consultas de pacientes agendados e acolhimento dos pacientes de demanda espontânea. Organizam-se, também, visitas domiciliares e reuniões de grupos operativos de hipertensos, diabéticos, idosos, saúde mental, planejamento familiar e gestante.

A unidade a onde está inserida a equipe da saúde fica situada no bairro São Geraldo, Avenida Erotides Batista, São Gotardo. É uma Unidade de

construção moderna. A equipe tem dificuldades com a referência para os demais níveis assistenciais. Necessita-se melhorar a articulação entre atenção básica e outros centros, como centros de consulta especializada e hospital da cidade. Para realização deste trabalho, a equipe fez um diagnóstico situacional de saúde e apontou os seguintes problemas como fundamentais:

1. Alto número de pacientes hipertensos.
2. Pacientes diabéticos em tratamento irregular.
3. Uso excessivo de ansiolíticos e antidepressivos na população.
4. Falta de adesão da população a atividade de promoção de saúde e prevenção de doenças.
5. Tabagismo.

Uma vez identificados os problemas, realizou-se a priorização dos problemas que serão enfrentados, já que é difícil serem resolvidos todos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos (financeiros, humanos, matérias, etc.). Como critério para a seleção e priorização dos problemas considerou-se a importância, urgência e capacidade de enfrentamento. Foram atribuídos valores altos, médios e baixos à importância; distribuíram-se pontos conforme sua urgência; definiu-se se a solução do problema estava dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe, posteriormente numeraram-se os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios (

A ESF possui um número elevado de hipertensos, porém não possui uma agenda definida de trabalho com eles. A falta de um cronograma que trabalhe com os grupos de Hipertensos e a falta de estratificação do risco clínico como norteador das ações de saúde dificultou o trabalho com o grupo e a promoção eficaz da mudança dos hábitos modificáveis de saúde (SIAB, 2015).

A causa de um problema é também um problema. Ou seja, um problema é produzido ou gerado por outros problemas. Para conhecer bem um problema é importante conhecer seu modo de produção, suas causas e a relação entre elas. A equipe identificou como principal problema de saúde o alto número de pacientes hipertensos. Mas a causa desse problema são outros problemas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Estas, por sua vez, são consequências de outros problemas como hábitos e estilos de vida inadequado (sedentarismo, hábitos alimentares, alcoolismo, tabagismo, etc.), inadequada nível de informação (informação sobre os riscos e agravos, informação sobre os direitos sociais), o que também influencia o ambiente político, cultural, ambiental e socioeconômico e as políticas públicas, que por sua vez são determinadas pelo modelo de desenvolvimento econômico e social (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

As políticas públicas influenciam no modelo assistencial e este interfere na estrutura do serviço de saúde e do processo de trabalho, interferindo também, na resposta do sistema de saúde, no uso de protocolos, no apoio diagnóstico, na referência e contra referência e capacitação de pessoal. Essas interferências podem garantir um melhor acompanhamento dos riscos e agravos, e da autonomia do paciente com hipertensão arterial, através de uma atenção integral. Esse acompanhamento pode diminuir a ocorrência de agravos dos pacientes com hipertensão como Infartos Agudos do Miocárdio, Acidentes Vasculares Encefálicos e Doenças renais crônicas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Selecionaram-se como nós críticos as situações relacionadas com o problema principal, sobre as quais a equipe tem alguma possibilidade de ação e que pode ter impacto sobre o problema escolhido:

- Hábitos e estilos de vida
  - Conhecimento insuficiente dos pacientes sobre a doença
  - Ações de saúde insuficientes para evitar o surgimento da doença.
- Portanto, o plano de intervenção busca diminuir e/ou solucionar esse problema considerado prioritário para Equipe de Saúde da Família.

## 2. JUSTIFICATIVA

A prevalência da hipertensão arterial no Brasil, avaliada por estudos populacionais que possam refletir a situação da doença no país como um todo é ainda desconhecido. Estudos de prevalência, regionais e isolados, levam-nos a crer que em torno de 30% da população adulta apresenta hipertensão arterial sistêmica (NOBRE et al., 2013).

Identificou-se na área de abrangência da equipe São Geraldo, localizada no município São Gotardo, Minas Gerais, um grande número de pacientes com Hipertensão Arterial decorrente de um estilo de vida não saudável presente na população bem como o conhecimento insuficiente dos pacientes sobre a doença e ações de saúde insuficientes para evitar sua aparição. No pronto atendimento da cidade, frequentemente, são atendidos vários desses pacientes descontrolados clinicamente e com complicações secundárias ao acompanhamento inadequado (SIAB, 2015).

O número de pacientes com Hipertensão na ESF São Geraldo não está dentro do estimado para o país. Segundo os estudos de prevalência da hipertensão arterial no Brasil, com base populacional realizado desde 1990 o estimado é de 25% da população total (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

### Quadro 1- Hipertensos na ESF de São Geraldo cadastrados.

Doenças	Número	%
Hipertensos Cadastrados	603	15,52

Fonte: SIAB, 2015.

Por isso, entende-se que este problema está perfeitamente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe, uma vez que depende primordialmente de uma mudança das ações de saúde para evitar o surgimento da hipertensão e da mudança do estilo de vida dos pacientes (FARIA et al., 2009). Tratar uma doença crônica de forma apropriada é muito mais do que apenas tomar medicamentos, requer mudanças dos hábitos diários e adesão às pratica mais saudáveis.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL**

Elaborar um Projeto de Intervenção para reduzir as complicações mais frequentes em pacientes cadastrados com Hipertensão Arterial na UBS São Geraldo São Gotardo/MG.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar levantamento bibliográfico em relação à temática hipertensão;
- Explicar aspectos epidemiológicos importantes da doença;
- Identificar os fatores de risco para contribuir a mudança de hábitos estilo de vida.
- Promover a adesão do paciente ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial.



#### 4. METODOLOGIA

Para desenvolver o projeto de intervenção e alcançar os objetivos propostos, tomou-se por base o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Este método transcorre por quatro momentos:

- **Momento explicativo:** onde se buscou conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar os problemas.
- **Momento normativo:** que foi o momento de elaboração de propostas de soluções, ou seja, a formulação de soluções para o enfrentamento do problema identificado.
- **Momento estratégico:** onde se buscou analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo traçado.
- **Momento tático-operacional:** que foi o momento de execução do plano.

Registra-se, ainda, que foi realizada uma pesquisa bibliográfica para obter maior fundamentação teórica na organização do plano de intervenção. A pesquisa se deu na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), bem como nas bases de dados Literatura latino-americana e do Caribe (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS). Os descritores utilizados para a busca foram: planejamento em saúde (Health planning), Gestão de Riscos (risk management) e Doenças Cardiovasculares (Cardiovascular Diseases).

## 5. REVISÃO DA LITERATURA

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana (BRASIL, 2006).

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

No mundo existem cerca de 600 milhões de hipertensos, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa doença alcança 5% dos 70 milhões de crianças e adolescentes brasileiros, nos adultos, em média, 25%, sendo 50% na terceira idade. (BURGOS et al., 2014).

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

De acordo com PASSOS;ASSIS; BARRETO, 2006, essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos.

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29%

daquelas com 60 ou mais anos (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

A Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006).

Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. É preciso ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevada em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS (BRASIL, 2006).

Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais. A aferição repetida da pressão arterial em dias diversos em consultório é requerida para chegar a pressão usual e reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial ante a simples presença do profissional de saúde no momento da medida da PA (BRASIL, 2006).

Considera-se como critério diagnóstico de hipertensão arterial, para maiores de 18 anos, o achado de graus pressóricos maiores que 140 mm Hg para a pressão sistólica, e 90 mm Hg para a pressão diastólica. É possível classificar a hipertensão arterial, sistólica e diastólica respectivamente, de acordo com os valores pressóricos encontrados no Quadro 2 (BRASIL, 2006).

### Quadro 2- Valores Pressóricos.

PRESSÃO ARTERIAL (MM HG)	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limitrofe	130 - 139	85 - 89
HIPERTENSÃO	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
Estágio 1	140 - 159	90 - 99
Estágio 2	160 - 179	100 - 109
Estágio 3	> 180	> 110

**Fonte:** V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006.

O desenvolvimento da hipertensão não ocorre instantaneamente, há um conjunto de fatores que estão associados à sua evolução e agravamento. Estes fatores são conhecidos como fatores de risco e, segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, são: idade, sexo, gênero, etnia e história familiar, fatores socioeconômicos, ingestão de sal, excesso de peso e obesidade, ingestão de álcool, sedentarismo e ingestão de pílulas anticoncepcionais. Além desses, outros autores acrescentam ainda o tabagismo e a não adesão ao tratamento (CARVALHO; SILVA; MENDES, 2012).

Muitos fatores de risco para hipertensão são modificáveis, o que torna a hipertensão evitável na maioria dos casos ou com alta probabilidade de controle, se já presente. Etnia, idade, sexo e predisposição genética são fatores não modificáveis. E fatores ambientais e socioeconômicos são de difícil modificação, logo, a atenção do profissional com relação aos mesmos deve ser diferenciada. O sal, o álcool, a obesidade e o sedentarismo são passíveis de modificação a fim de reduzir o risco para hipertensão (CARVALHO; SILVA; MENDES, 2012).

**História familiar:** Se os seus pais ou parentes próximos tem HAS, você é mais propenso a desenvolvê-la também. Você também pode passar esse fator de risco para seus filhos. Por isso que é importante verificar a pressão arterial pelo menos uma vez por ano. Você não pode controlar a hereditariedade, mas você pode tomar medidas para ter uma vida saudável e

reduzir os fatores de risco. A escolha do estilo de vida saudável tem permitido que muitas pessoas com forte história familiar de HAS possam evitar ou retardar o seu aparecimento (NASCIMENTO, 2012).

**Idade avançada:** À medida que envelhecemos todos nós desenvolvemos maior risco de pressão alta e doenças cardiovasculares. Os vasos sanguíneos perder a flexibilidade com a idade que pode contribuir para o aumento de pressão (NASCIMENTO, 2012).

**Gênero:** Maior porcentagem de homens do que mulheres têm HAS até 45 anos de idade. Entre 45 e 54, e 55 a 64, os percentuais de homens e mulheres com HAS são semelhantes. Depois disso, uma porcentagem muito maior de mulheres tem HAS do que os homens (NASCIMENTO, 2012).

**Sedentarismo:** A atividade física é boa para o coração e sistema circulatório. Um estilo de vida sedentário aumenta a chance de ter pressão alta, doença cardíaca, e acidente vascular cerebral (AVC). A inatividade também torna mais fácil para se tornar sobrepeso ou obesidade que também predispõe a HAS (NASCIMENTO, 2012).

**Má alimentação, especialmente as que incluem excesso de sal:** Uma dieta rica em calorias, gorduras e açúcares, e pobre em nutrientes essenciais contribui diretamente para a vida não saudável, bem como a obesidade. Além disso, existem alguns problemas que podem ocorrer quando se come muito sal. Algumas pessoas são "sal sensível", ou seja, quanto mais rica a dieta em sal, maior a PA. Outras não são sais sensíveis, a PA não aumenta ou aumenta pouco com a ingestão de sal. Sal mantém os líquidos em excesso no organismo aumentando a PA e a carga sobre o coração (NASCIMENTO, 2012).

**Sobrepeso e obesidade:** Estar acima do peso aumenta suas chances de desenvolver pressão alta. Um índice de massa corporal entre 25 e 29 é considerado sobrepeso, e superior ou igual a 30 é considerado obesidade. Excesso de peso aumenta a PA, os níveis sanguíneos de colesterol e triglicérides, e reduz os níveis de HDL (bom colesterol). Além de aumentar a predisposição a diabetes (NASCIMENTO, 2012).

**Beber álcool em excesso:** O uso excessivo e regular de álcool pode aumentar a pressão arterial de forma dramática. Ele também pode causar insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e causar arritmias. O excesso

de álcool pode também aumentar os níveis de triglicerídeos, câncer e outras doenças, obesidade, suicídio e acidentes. Deve-se limitar o consumo de álcool a não mais que dois drinques por dia para homens e um por dia para mulheres. Um drink equivale a uma cerveja, uma taça de vinho, ou uma dose de bebidas destiladas (NASCIMENTO, 2012).

**Tabagismo:** Fumar aumenta temporariamente a pressão arterial e danos às artérias. O uso do tabaco pode ser devastador para a sua saúde, especialmente se você já tem risco de HA. O fumante passivo - exposição à fumaça de outras pessoas - aumenta o risco de doença cardíaca em relação ao não fumante (NASCIMENTO, 2012).

Na década de 1950 o tratamento da hipertensão arterial baseava-se em dieta hipossódica e simpatectomia. Hoje, pode-se dizer que ausência de medicamentos eficazes está contornada. O problema consiste em fazer aos pacientes utilizá-los continuamente, assim como seguir as orientações não medicamentosas. Medidas criativas para estender os cuidados a todos os pacientes, talvez como o desenvolvimento de apresentações de mais longa ação e a terapia gênica, poderão controlar definitivamente o agravo da hipertensão arterial (FUCHS, 2002).

O I Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1990) recomenda que as medidas não farmacológicas sejam instituídas a todos os pacientes com HAS e à população em geral como promoção de saúde. Quanto ao tratamento farmacológico, a decisão de quando tratar deve levar em conta além das cifras pressóricas, a presença ou não de lesões em órgãos-alvo e fatores de riscos cardiovasculares associados. Pacientes com PAD >110mmHg devem receber tratamento farmacológico imediato. Quando a diastólica for >100mmHg e 90mmHg, deve haver reavaliação periódica por pelo menos 12 semanas, com intervalos mensais, mantendo a terapia não farmacológica. A indicação de tratamento com drogas far-se-á naqueles com fatores de riscos associados ou lesões de órgãos-alvo e naqueles cuja diastólica manteve-se >90 mmHg com o tratamento não farmacológico. Os indivíduos com a diastólica >85 mmHg, e < 90mmHg e/ou sistólica entre 140 160mmHg, deverão ter reavaliação anual (II CONCENSO BRASILEIRO PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1994).

O tratamento não medicamentoso tem, como principal objetivo, diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial. Está indicado a todos os hipertensos e aos indivíduos mesmo que normotensos, mas de alto risco cardiovascular. Dentre essas modificações, as que comprovadamente reduzem a pressão arterial são: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos com regularidade, e a não utilização de drogas que elevam a pressão arterial (III CONSENSO BRASILEIRO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1999).

Torna-se evidente que quase todas as medidas não medicamentosas dependem de mudanças no estilo de vida de forma permanente. Em razão de a abordagem do hipertenso ser direcionada a diversos objetivos, a ação médica é beneficiado com a abordagem multiprofissional. Vale ressaltar que é de fundamental importância o envolvimento dos familiares do hipertenso na busca das metas a serem atingidas pelas modificações do estilo de vida (III CONSENSO BRASILEIRO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1999).

A decisão terapêutica deve ser baseada em estratificação do risco cardiovascular e nos níveis de pressão arterial segundo mostra o quadro 3.

**Quadro 3- Conduta a ser tomada frente a cada paciente segundo nível pressórico e risco cardiovascular.**

<b>Decisão terapêutica baseada na estratificação do risco e nos níveis de pressão</b>			
<b>Pressão arterial</b>	<b>Grupo A</b>	<b>Grupo B</b>	<b>Grupo C</b>
Normal limítrofe (130-139 mmHg/85-89mmHg)	Modificações no estilo de vida	Modificações no estilo de vida	Modificações no estilo de vida*
Hipertensão leve (estágio 1) (140-159 mmHg/90-99 mmHg)	Modificações no estilo de vida (até 12 meses)	Modificações no estilo de vida** (até 6 meses)	Terapia medicamentosa
Hipertensão moderada e severa	Terapia medicamentosa	Terapia medicamentosa	Terapia medicamentosa

(estágios 2 e 3) (> 160 mmHg/> 100 mmHg)			
<p>Tratamento medicamentoso deve ser instituído na presença de insuficiência cardíaca, insuficiência renal, ou diabetes melitu.</p> <p>Pacientes com múltiplos fatores de risco podem ser considerados para o tratamento medicamentoso inicial.</p>			

**Fonte:** Secretária de Estado da Saúde de São Paulo.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006 o tratamento medicamentoso para os pacientes hipertensos deve ser eficaz por via oral bem tolerado, permitir a administração do menor número possível de tomadas diárias, com preferência para aqueles com posologia de dose única diária. O tratamento deve ser iniciado com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente e/ou associar-se a outro hipotensor de classe farmacológica diferente (deve-se levar em conta que quanto maior a dose, maiores são as probabilidades de surgirem efeitos indesejáveis). Respeitar um período mínimo de 4 semanas para se proceder o aumento da dose e ou a associação de drogas, salvo em situações especiais e instruir o paciente sobre a doença, sobre os efeitos colaterais dos medicamentos utilizados e sobre a planificação e os objetivos terapêuticos e considerar as condições socioeconômica de cada paciente (DEPARTAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016 ).

Os medicamentos anti-hipertensivos de uso corrente em nosso meio podem ser divididos em 6 grupos: (DEPARTAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016)

- Diuréticos.
- Inibidores adrenérgicos.
- Vasodilatadores diretos.
- Inibidores da enzima conversora da angiotensina.
- Antagonistas dos canais de cálcio.
- Antagonistas do receptor da angiotensina II.



Qualquer grupo de medicamentos, com exceção dos vasodilatadores de ação direta, pode ser apropriado para o controle da pressão arterial em monoterapia inicial, especialmente para pacientes portadores de hipertensão arterial leve a moderada, que não responderam às medidas não medicamentosas. Sua escolha deverá ser pautada nos princípios gerais descritos anteriormente (DEPARTAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

## 6. PLANO DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção foi feito com base no Planejamento Estratégico Situacional (PES), seguiu quatro momentos, que por sua vez, são divididos em passos. O primeiro momento explicativo se constituiu dos seguintes passos: crônicas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Primeiro passo: Definição dos problemas. Neste momento identificaram-se os principais problemas através da estimativa rápida, obtendo-se informações que permitiram conhecer as causas e consequências deles.

Segundo passo: Priorização do problema. Atribuindo valores de baixa, média e alta importância em relação a três critérios fundamentais (importância do problema, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe) foram feita a priorização dos problemas identificados, tendo como problema prioritário neste momento um alto número de pacientes hipertensos na área de abrangência, conforme demonstrado na Tabela 3.

**Tabela 3- Priorização dos problemas encontrados no diagnóstico situacional da área de abrangência do UBSF São Geraldo em São Gotardo/MG, 2015.**

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto número de pacientes hipertensos	Alta	7	Parcial	1
Pacientes Diabéticos em tratamento irregular.	Alta	6	Parcial	2
Uso excessivo de ansiolíticos e antidepressivos na população	Alta	5	Parcial	3
Falta de adesão da população a atividade de promoção de saúde e	Alta	5	Parcial	4

prevenção de doenças				
Tabagismo	Alta	4	Parcial	5

**Fonte:** Do próprio autor, 2015.

Terceiro passo: Descrição do problema selecionado. Uma vez selecionado o problema priorizado, se descreve, ou seja, se caracteriza para ter uma ideia da sua dimensão e de como ele se apresenta na realidade.

Quarto passo: Explicação do problema. Neste passo explicamos o problema com o objetivo de entender a gênese dele.

Quinto passo: Seleção dos “nós críticos”. A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar suas causas. É por isso que foi importante selecionar os “nós críticos”, que são as causas de um problema que, quando “atacadas”, são capazes de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.

**Tabela 4- Nós críticos definidos para o problema enfrentado: altos níveis de HAS na população assistida na UBSF São Geraldo em São Gotardo/MG, 2015.**

Problema enfrentado	Nós críticos
Hipertensão arterial: Conforme SIAB da unidade o UBSF tem 588 hipertensos I.	1. Hábitos alimentares não saudáveis. 2. Sedentarismo e Obesidade 3. Tabagismo e etilismo 4. Falta de informação

**Fonte:** Do próprio autor, 2015.

- Inadequados hábitos de vida:** Neste problema a operação é modificar os hábitos de vida para diminuir a quantidade de pacientes com fatores de risco modificáveis que podem desencadear a doença em um momento determinado, para isso a equipe pode aumentar a realização de palestras, programarem caminhadas e as campanhas educativas na rádio local. Os recursos necessários para conseguir estas ações são os conhecimentos que tem cada membro da equipe de saúde e o poder organizacional e planejador da equipe.
- Conhecimento insuficiente dos pacientes sobre a doença:** é necessário lembrar que o grau de escolaridade da população que vive no bairro é muito baixo. Neste problema a operação é aumentar

o nível de conhecimento em relação à doença com o objetivo que a população fique mais informada. Se pode fazer campanhas educativas na rádio local e aumentar a fabricação de panfletos educativos que falem de hipertensão. Para isso necessita-se de diferentes recursos tais como o cognitivo e financeiro para a elaboração dos panfletos, políticos com mobilização social e poder da equipe para planejar as ações.

3. **Ações de saúde insuficientes para evitar o surgimento da doença:** Neste problema a operação é aumentar as ações de saúde para fazer pesquisa ativa de pacientes com hipertensão, organizar a agenda para aumentar o atendimento dos pacientes com fatores de risco e aumentar a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde. Com isto espera-se ter a agenda organizada e aumentar a satisfação dos pacientes pelo atendimento programado. O produto final é avaliar o maior número de pacientes com fatores de risco e programar cada vez mais as atividades de prevenção e promoção, os recursos necessários são ligados à organização na agenda de trabalho.

O momento normativo se formou a partir dos seguintes passos:

Sexto passo: Desenho das operações. As operações são um conjunto de ações que devem ser descritas para o enfrentamento dos “nós críticos” e identificados os produtos e resultados para cada operação definida e os recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS et al., 2010). A tabela 5 permite uma visualização do problema e o desenho de operações traçadas para o enfrentamento de cada nó crítico.

**Tabela 5- Desenho de operações para os nós críticos do problema da elevada incidência de hipertensos na UBSF São Geraldo em São Gotardo/MG, 2015.**

<b>Nós críticos</b>	<b>Operação projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
Hábitos alimentares	Saber +: Modificar	Diminuir em porcentagem o	Avaliar o nível de	Cognitivo: Conhecimento

não saudáveis.	hábitos alimentares não saudáveis.	número de pessoas que fazem uso excessivo de sal, gorduras saturadas e açúcares.	informação do grupo acerca das práticas alimentares saudáveis	científico acerca dos temas abordados. Organizacional: definir agenda para trabalhar com o grupo.
Tabagismo e Etilismo.	Saúde: Proporcionar apoio Supervisiona do para encorajar o abandono do uso	Diminuir em 15% o número de tabagistas e etilistas para o período de 1 ano.	Programa de apoio e luta contra o tabaco e álcool.	Organizacional: formalizar agenda em conjunto com a unidade.  Intersectorial: Formalizar ação com apoio do Centro de apoio psicossocial CAPS, para designar profissional psicólogo.
Falta de informação	Fomentar o conhecimento sobre a doença HAS	População mais consciente e informada sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial.	Avaliação do nível de conhecimento dos participantes (em adesão na intervenção) Réplicas da estratégia	Cognitivos: Capacitação da equipe (conhecimentos científicos, habilidade comunicativa) Organizacionais Cronograma da estratégia,

			<p>relatando suas experiências. Campanhas de Promoção e Prevenção da HAS</p>	<p>Recursos básicos, Agenda de trabalho.</p> <p>Políticos: Espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com rede de ensino.</p> <p>Financeiros: Aquisição de recursos audiovisuais, material educativo, didático, folder, folhetos, cartazes, etc.</p>
Sedentarismo e Obesidade	Viver Melhor: proporcionar atividade física supervisionada	Diminuir em 20% o número de sedentários e obesos para o período de 1 ano.	Programa de caminhadas e exercícios físicos orientados	<p>Organizacional: formalizar agenda em conjunto com a unidade.</p> <p>Intersectorial: Formalizar ações com apoio do NASF, para</p>

				designar educador físico.
--	--	--	--	---------------------------

**Fonte:** Do próprio autor, 2015.

Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos. Identificamos os recursos críticos a serem consumidos para a execução das operações, ou seja, aqueles recursos indispensáveis e que não estão disponíveis. A tabela 6 permite uma visualização dos recursos críticos definidos para o problema enfrentado.

**Tabela 6 - Recursos críticos definidos para o problema enfrentado: altos níveis de HAS na população assistida na UBSF São Geraldo em São Gotardo/MG, 2015.**

<b>Operação projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>
Saber +: Modificar hábitos alimentares não saudáveis.	Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais.
Viver melhor: proporcionar atividade física supervisionada.	Político: articulação intersetorial (educadores físico, fisioterapeutas) .
+ Saúde: Proporcionar apoio supervisionado para encorajar o abandono do uso do tabaco e álcool.	Político: articulação intersetorial.
Saber +: Fomentar o conhecimento sobre a doença HAS	Políticos: Espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial.

**Fonte:** Do próprio autor, 2015.

Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano. Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais: quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano; quais recursos cada um desses atores controla; qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano. E então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade

para o plano ou motivar o ator que controla os recursos críticos (CAMPOS et al., 2010).

A tabela 7 busca descrever as ações necessárias para a execução do plano operativo, os atores responsáveis e ações estratégicas.

**Tabela 7- Proposta de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do plano de intervenção para o enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBSF São Geraldo em São Gotardo/MG, 2015.**

Operação projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos Críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Saber +: Modificar hábitos alimentares não saudáveis	Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais.	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentar demanda
Viver melhor: proporcionar atividade física supervisionada.	Político: articulação intersetorial.	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentação de projeto de ação específico
+ Saúde: Proporcionar apoio supervisionado para encorajar o abandono do uso do tabaco e álcool.	Político: articulação intersetorial.	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentação de projeto de ação específico
Fomentar o conhecimento sobre a doença HAS	Político: Conseguir espaços na rádio, imprensa para debates do	Setor de Comunicação social Secretaria de Saúde	Favorável	Não é necessária



	tema sobre HAS			
	Financeiro: Aquisição de recursos para equipamento material: médios audiovisuais, material didático educativo, docente etc.		Favorável	

**Fonte:** Do próprio autor, 2015.

Nono passo: Elaboração do plano operativo. A principal finalidade do plano operativo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias, tabela 8. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que deva executá-las. O seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano (CAMPOS et al., 2010).

**Tabela 8- Plano operativo para enfrentamento do Problema da Incidência de Hipertensos na UBSF São Geraldo em São Gotardo/MG, 2015.**

<b>Operação projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ação estratégica</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
Fomentar o conhecimento sobre a doença HAS	População mais consciente e informada sobre os riscos, causas e	Avaliação do nível de conhecimento dos participantes em tema de HAS,	Não é necessária	UBS	2 meses para o início das atividades

	consequências da hipertensão arterial.	Campanhas de Promoção e Prevenção da HAS Palestras Falatórios por rádio local, Informação em imprensa de os temas da intervenção			des
Saber +: Modificar hábitos alimentares não saudáveis.	Diminuir em 20% o número de pessoas que fazem uso excessivo de sal, gorduras saturadas e açúcares.	Avaliar o nível de informação do grupo acerca das práticas alimentares saudáveis	Apresentar demanda de aquisição de materiais audiovisuais	ACS, médico, enfermeira.	2 meses para início das atividades
Viver Melhor: proporcionar atividade física supervisionada.	Diminuir em 20% o número de Sedentários e obesos para o período de 1 ano.	Programa de caminhadas e exercícios físicos orientados	Apresentação de projeto de ação específico.	ACS, Médico, Enfermeira	2 meses para início das atividades
+ Saúde: Proporcionar	Diminuir em 15% o	Programa de apoio e luta	Apresentação de	ACS, médico, Enfermeira	2 meses

apoio supervisionado para encorajar o abandono do uso do tabaco e álcool.	número de tabagistas e etilistas para o período de 1 ano.	contra o tabaco e álcool.	o projeto de ação específico.		para início das atividades
---	---	---------------------------	-------------------------------	--	----------------------------

**Fonte:** Do próprio autor, 2015.

Por fim, no momento tático-operacional, momento de execução do plano, deve-se trabalhar sobre a base de:

Décimo passo: Gestão do plano. É necessário um sistema de gestão para coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias, tabela 9. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão (CAMPOS et al., 2010).

**Tabela 9- Gestão do plano para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBSF São Geraldo em São Gotardo/MG, 2015.**

<b>Operação projeto</b>	<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo Prazo</b>
Saber +: Modificar hábitos alimentares não saudáveis	Avaliar o nível de informação do grupo acerca das práticas alimentares	ACS, médico, Enfermeira	2 meses para início das atividades			

	saudáveis					
Viver melhor: proporcionar atividade física supervisionada.	Programa de caminhadas e exercícios físicos orientados	ACS, médico, Enfermeira	2 meses para inicio das atividades			
+ Saúde: Proporcionar apoio supervisionado para encorajar o abandono do uso do tabaco e álcool.	Programa de apoio e luta contra o tabaco e álcool.	ACS, médico, Enfermeira	2 meses para inicio das atividades			
Fomentar o conhecimento sobre a doença HAS	Avaliação do nível de conhecimento dos participantes em tema de HAS, Campanhas de	UBS	2 meses para inicio das atividades			

Promoção e Prevenção da HAS Palestras Fala-tórios por rádio locais Informação em imprensa de os temas da intervenção						
--	--	--	--	--	--	--

**Fonte:** Do próprio autor, 2015.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Hipertensão Arterial vem se destacando como a epidemia moderna nos dias atuais e se tornando um grande problema de saúde pública. Como relatado durante este trabalho, esta doença está cada vez mais crescente na população adulta. Explorar esse estudo é de fundamental importância na qualidade de vida dos hipertensos.

A pós-graduação em saúde da família nos permite reafirmar a necessidade de mudança de paradigma assistencial para que as ações em saúde possam ser verdadeiramente preventivas. A perspectiva deste trabalho permite a operacionalização de um acompanhamento aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica na UBSF São Geraldo, em São Gotardo-MG, mas que primeiramente inicie-se um processo de conhecimento de cada usuário e suas condições vulneráveis de saúde e, a partir do processo de estratificação do risco clínico para HAS, possa-se direcionar as ações de controle da doença focado na mudança de hábitos de vida não saudáveis.

O plano de intervenção se mostra uma ferramenta extremamente útil para auxiliar a equipe de saúde a lidar com os problemas do dia a dia da Unidade. Por meio dele, levam-se em conta todas as variáveis conhecidas do problema em questão, o que por si só, já facilita sua resolução.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de atenção Básica. Brasília, 2006. **Cadernos de Atenção Básica**, n.15.

BURGOS, P. M. F. **A obesidade como fator de risco para a Hipertensão**. Revista Brasileira de Hipertensão v. 21, n.2, p68-74. São Paulo. 2014. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/21-2.pdf>.

CAMPOS, F. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

CARVALHO, M. M; DA SILVA, C. G; MENDES, W. L. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Revista Ciênc. saúde coletiva**. vol.17, n.5. Rio de Janeiro. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000500030](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500030)

DEPARTAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Consensos e diretrizes, 2016**. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/abordagem.asp>.

FARIA, H. P et al. **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

FUCHS, F. D. **Tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica: considerações para a prática clínica**. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-1/011.pdf>.

II CONCENSO BRASILEIRO PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL, Rio de Janeiro, 1994. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/1994/6304/63040015.pdf>

III CONCENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1999. Arq. **Bras. Endocrinol. Metab.** Vol. 43, n.4, agosto de 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v43n4/11752.pdf>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=316890>. Acesso em 28 Mar. 2013.

NASCIMENTO, C, S. **Fatores de risco para Hipertensão Arterial**. Blog Médico - Hipertensão Arterial E Doenças Cardiovasculares. HiperCARDIO, 2012. Disponível em: <http://hipercardio.blogspot.com.br/2012/05/fatores-de-risco-para-hipertensao.html>.

NOBRE, F. et al. Hipertensão arterial sistêmica primária. **Revista Medicina USP**, Ribeirão Preto, v. 46 n. 3 p 256-72. 2013. Disponível: [http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n3/rev\\_Hipertens%20arterial%20sist%20amica%20prim%20ria.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n3/rev_Hipertens%20arterial%20sist%20amica%20prim%20ria.pdf).

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

SÃO PAULO (estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Recomendação para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica**. Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/artigos/Doencas\\_cronicas/Anexo2%20-%20Recomenda%E7%F5es-%20Hipertens%E3o.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/Doencas_cronicas/Anexo2%20-%20Recomenda%E7%F5es-%20Hipertens%E3o.pdf); Acessado em set de 2015

SIMÃO, M; NOGUEIRA, M.S. **Sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB**.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2006**. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/128516505213-ha.pdf>.