

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

**CARLUCIO AVELINO DE SOUZA**

**PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE LAGOA DE BAIXO DO  
MUNICÍPIO DE RUBELITA – MINAS GERAIS**

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS**

**2015**

**CARLUCIO AVELINO DE SOUZA**

**PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE LAGOA DE BAIXO DO  
MUNICÍPIO DE RUBELITA – MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS**

**2015**

**CARLUCIO AVELINO DE SOUZA**

**PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE LAGOA DE BAIXO DO  
MUNICÍPIO DE RUBELITA – MINAS GERAIS.**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, em: \_\_\_/\_\_\_/ 2015

Dedico este trabalho,

primeiramente a DEUS, por ser presença constante em minha vida, como também a toda comunidade de Lagoa de Baixo, do município de Rubelita - MG e à equipe da ESF, por terem sido tão receptivos e acolhedores para com o meu trabalho. Dedico este trabalho a vocês que tanto sofrem e batalham dia após dia.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço á minha família, em especial aos meus pais, por todo apoio recebido. Meu muito obrigado também à equipe da ESF Lagoa de Baixo, que com tanto empenho, comprou este projeto comigo, e o executou com louvor. À minha orientadora, Maria Rizoneide Negreiros de Araújo, por toda dedicação e empenho dispensados ao meu projeto.

“A HAS é um importante problema de saúde pública, visto que a morbimortalidade e os custos com o seu tratamento são elevados. Por ser muitas vezes assintomática, há dificuldades para que os indivíduos procurem os serviços de saúde para o diagnóstico e adesão ao tratamento.”

Luis Carlos Zattar

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica tem uma alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada uma dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. É um dos principais fatores de risco para Doenças Cardiovasculares e estas são responsáveis por alta taxa de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados tanto para as famílias como para os serviços de saúde. Este trabalho teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção com a finalidade de aumentar o controle dos hipertensos cadastrados na Unidade Básica de Saúde Lagoa do Baixo. Para subsidiar o projeto de intervenção foi realizada uma revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde. O projeto de intervenção versou sobre o problema prioritário e para tanto foram elaboradas ações com a finalidade de aumentar o controle dos hipertensos cadastrados na unidade básica de saúde lagos de Baixo. Os resultados mostraram que, apesar do pouco tempo do desenvolvimento das ações, conseguiu-se colher frutos positivos, inclusive com redução do risco cardiovascular de alguns pacientes.

Descritores: Hipertensão. Projeto de intervenção. Exercício físico.

## **ABSTRACT**

Hypertension has a high prevalence and low control rates. It is considered one of the major modifiable risk factors and one of the most important public health problems. It is one of the main risk factors for cardiovascular disease and these are responsible for high rate of hospitalization, resulting in high medical and socioeconomic costs for both families and health services. This study aimed to develop an intervention project in order to increase control of hypertensive registered in the Basic Unit of Low Pond Health. To support the intervention project was carried out a literature review on the Virtual Health Library. The intervention project was about the priority problem and both were prepared actions in order to increase the control of hypertensive registered in basic health unit lakes low. The results showed that, despite the short time the development of actions, positive results could be collected, including reducing cardiovascular risk in some patients.

**Descriptor:** Hypertension. Intervention project. Physical exercise.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
1.1 o município de Rubelita – Minas Gerais .....	9
1.2 Serviço municipal de saúde.....	9
1.3 Diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade básica de saúde lagoa de baixo.....	10
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>11</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>12</b>
3.1 Geral .....	12
3.2 Específicos .....	12
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>13</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>14</b>
<b>6 PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>22</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>23</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 O município de Rubelita – Minas Gerais**

Rubelita é um município brasileiro fundado em 1 de março de 1963, que está localizado no norte do estado de Minas Gerais com uma área de 1109,229 Km<sup>2</sup> fazendo parte da microrregião de Salinas. Está a uma distância de 673 Km da capital do nosso estado que é Belo Horizonte.

Tem uma população de 7428 habitantes (IBGE, 2013), com uma densidade de 6,7 habitantes por Km<sup>2</sup>. Trata-se de uma cidade montanhosa com altitude de 940 local na Chapada da Pindora e clima semiárido.

Rubelita é uma cidade pequena que não tem atividade industrial, com renda média de um salário mínimo, tendo como maior fonte de emprego a prefeitura.

### **1.2 Serviço Municipal de Saúde**

O município possui quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo duas na zona urbana e duas na rural. Possui um hospital de pequeno porte onde realiza alguns procedimentos de média complexidade e para a referência de outros procedimentos de média e alta complexidade são encaminhados para os municípios de Salinas e Taiobeiras.

A UBS onde trabalho está localizada na zona rural numa comunidade denominada "Lagoa de Baixo", abrangendo uma área de 677 famílias. É uma UBS que está adequadamente equipada e conta com os recursos necessários para o desenvolvimento do trabalho da nossa equipe, a qual está formada por: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde. A equipe de saúde conta com o apoio das equipes do Núcleo de Apoio a Equipe de Saúde modalidade II (NASF) que atende duas vezes por semana na comunidade. Integra a equipe do NASF os seguintes profissionais: um cirurgião dentista, um

auxiliar de saúde bucal, um fisioterapeuta, uma nutricionista, um educador físico e uma assistente social.

### **1.3 Diagnóstico situacional da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Lagoa de Baixo**

Quando cursei o Módulo Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010) realizei juntamente com os profissionais que integram a minha equipe de trabalho, o diagnóstico situacional da saúde da comunidade da área de abrangência da UBS de Lagoa de Baixo. Naquele momento foram identificados vários problemas de saúde que afetam a população, mas destacamos como mais relevantes, os seguintes:

Dor lombar.

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Parasitoses em geral.

A equipe, analisando a relevância dos três problemas identificados, considerou importante priorizar a HAS, apresentando como “nós críticos” a falta de entendimento sobre a doença por parte do usuário do serviço e falta de conscientização do mesmo em cumprir o tratamento corretamente, que pode ser o fator que vem levando a ocorrência de um número expressivo de hipertensos com a pressão descontrolada.

Com base no exposto, justifica-se a realização deste projeto de intervenção com a finalidade elaborar um planejamento de ações para ajudar os hipertensos melhorarem o controle da pressão arterial.

## 2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (WILLIAMS, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e uma dos mais importantes problemas de saúde pública. É o principal fator de risco para Doenças Cardiovasculares (DCV), e estas são responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Nesse sentido, a HAS requer ações de prevenção e de diagnóstico precoce e tratamento adequado daqueles com diagnóstico mediante atuação de uma equipe multiprofissional. É de extrema necessidade que haja intervenção por parte da equipe de saúde para buscar ações que venha ajudar os hipertensos a se autocuidarem a partir da agregação de conhecimentos sobre a doença. Esta iniciativa poderá ser a responsável pelo controle da doença em vários hipertensos do ESF Lagoa de Baixo, em Rubelita - MG, prevenindo comorbidades e complicações.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Elaborar um projeto de intervenção com a finalidade de aumentar o controle dos hipertensos cadastrados na Unidade Básica de Saúde Lagoa do Baixo.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Implantar atividades físicas na praça pública de Lagoa de Baixo com prioridade para os hipertensos.

Reunir periodicamente com todos os hipertensos da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Lagoa de Baixo para reflexões sobre os conhecimentos adquiridos sobre a doença.

## 4 METODOLOGIA

Para elaboração do projeto de intervenção seguiu-se os seguintes etapas:

- Diagnóstico situacional do território da UBS para priorização dos problemas de saúde da comunidade.
- Pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde para levantamento das evidências já existentes sobre o problema selecionado.

Para a pesquisa bibliográfica foram utilizados os seguintes descritores:

Hipertensão.

Projeto de intervenção.

Exercício físico.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Mudanças não só biológicas, mas também no modo de vida, têm ocorrido naturalmente conforme a evolução do ser humano, implicando alterações características de cada período vivido pelo homem. Devido à busca instintiva pela sobrevivência e por melhores condições de vida, o panorama em que o ser humano está inserido modificou-se, ora de maneira lenta, ora de maneira acelerada. Nesse caminho, no século XX, foram vivenciados momentos de elevado grau de mudanças, resultando em alterações marcantes no comportamento da população, as quais são chamadas de processos de transição, envolvendo principalmente modificações demográficas, nutricionais e epidemiológicas (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

Essas alterações nos padrões de comportamento da população representaram, principalmente, mudanças na configuração epidemiológica, o que implicou uma atual elevação na prevalência de casos de doenças pertencentes a um grupo que se convencionou chamar de doenças crônicas não transmissíveis, as quais são conhecidas por possuírem história natural prolongada, multiplicidade de fatores de risco complexos, interação de fatores etiológicos e biológicos conhecidos e desconhecidos, com evolução para graus variados de incapacidades ou para a morte. A principal dela é a hipertensão arterial (DOLL, 1998).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas (WILLIAMS, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A HAS é considerada um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV), explicando 40% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE) e 25% das mortes por doença arterial coronariana no país. É importante refletir na gravidade das consequências desses

eventos, que são apontados como a quinta causa de óbito em todo o mundo (LIMA *et al.*, 2009).

Fatores comportamentais, como estresse, obesidade, tabagismo, inatividade física e consumo excessivo de sal podem contribuir com os determinantes genéticos para o aumento da pressão arterial. As prováveis vias para a ocorrência de hipertensão primária podem ser a retenção renal do sódio, a vasoconstrição e hipertrofia vascular. Nesse sentido, medidas como redução de peso, diminuição de sódio na dieta e prática regular de atividade física são as que se destacam na melhoria do controle da pressão arterial, como comprovado por estudos (DÓREA; LOTUFO, 2001).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA  $\geq$  140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (CESARINO *et al.*, 2008; ROSÁRIO *et al.*, 2009).

Por ser uma doença crônica, pode ser controlada, mas não curada. Portanto, requer tratamento por toda a vida. Seu controle, quando diminuem as complicações, está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente à terapêutica que lhe é indicada (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

Acreditamos que os profissionais de saúde que desenvolvem o cuidado a usuários com o diagnóstico de HAS devem buscar uma atuação que ultrapasse os aspectos biológicos e prescritivos dessa doença, impulsionando mudanças na produção do cuidado em saúde, na perspectiva de consolidar ações que efetivem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurem o cuidado integral e humanizado (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013).

Existem vários fatores a influenciar no grau de adesão do paciente ao seu tratamento anti-hipertensivo. Entre eles: o sexo, a idade, o grau de instrução, a condição socioeconômica, o estado civil, o conhecimento e as crenças sobre as doenças, o seu estilo de vida, a presença do paciente na unidade de saúde e o



apoio familiar. Além disso, somam-se fatores relacionados ao tratamento farmacológico e não farmacológico, como quantidade, dosagem, horários, efeitos colaterais e custo dos medicamentos, mudança de hábitos seguidos de restrições alimentares, de lazer e de trabalho. Finalmente, as políticas de saúde, a disponibilidade de medicamentos no serviço de saúde, a facilidade de marcar consultas e a presença de uma equipe de saúde multidisciplinar são fatores decisivos na adesão ao tratamento (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

Por este motivo, tornam-se necessários investimentos em diferentes fatores, especificamente nos aspectos comportamentais, os quais poderão aumentar a adesão do paciente ao seguimento terapêutico. No entanto, estudos reportam que ainda existem obstáculos que impedem esta iniciativa, pois o grande desafio se encontra na dificuldade de envolver familiares/cuidadores e doentes como participantes deste processo de adesão à terapia direcionada aos pacientes hipertensos (SARAIVA *et al.*, 2007).

Nesse contexto, o processo de trabalho das equipes de saúde da família, junto a portadores de HAS que vise a uma assistência integral na perspectiva da corresponsabilização de trabalhadores, usuários e suas famílias, apresenta-se como estratégia para superar práticas de saúde fragmentadas, em que predominam a realização estrita de procedimentos, utilização de equipamentos e reprodução de normas pré-estabelecidas como o cuidado em si, que muitas vezes não atendem as necessidades de saúde dos usuários. Para tanto, torna-se fundamental a interação entre os diferentes atores do cuidado, desde a construção coletiva do planejamento das ações, acompanhamento mais criterioso da situação de saúde da população e o incentivo ao envolvimento da família e dos diferentes segmentos sociais que estão direta ou indiretamente ligados ao tratamento da HA (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013).

Assim, torna-se imprescindível que o cuidado produzido pelos profissionais de saúde seja embasado por escuta, acolhimento, ética, diálogo, autonomia, respeito, liberdade, cidadania e criatividade, de modo a impulsionar mudanças em suas práticas (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007).

A existência de profissionais que buscam assegurar a criação de vínculos efetivos entre equipe de saúde e usuários, bem como o estabelecimento de relações de troca e confiança contribuirá significativamente para a corresponsabilização dos usuários e família no cuidado com a saúde (CECÍLIO, 2001). Portanto, a primeira ação a ser desenvolvida com o usuário inclui a escuta sensível de suas necessidades de saúde, aliada ao acolhimento, visando concretizar atenção integral aos usuários em seu contexto familiar e comunitário (GOMES; PINHEIRO, 2007).

O objetivo principal deste projeto é aumentar o controle dos hipertensos cadastrados na Unidade Básica de Saúde Lagoa do Baixo com vista à melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

## 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Para atuar no problema selecionado pela equipe como o mais relevante e dentro da nossa governabilidade foram elaborados vários projetos com a finalidade de aumentar o controle dos hipertensos cadastrados na Unidade Básica de Saúde Lagoa do Baixo com vista à melhoria da qualidade de vida dos mesmos. Para tanto, foram definidos as seguintes projetos:

**Caminhada na Praça:** implantação da prática de exercícios físicos na praça pública, com o auxílio de toda a equipe de saúde da família sob a supervisão do NASF.

Ação → Mobilização da comunidade para a prática de exercícios em praças públicas, objetivando reduzir o sedentarismo;

**Grupos de hipertensos:** reuniões com hipertensos para discussão sobre a doença a doença, suas complicações e como preveni-las. Momento de troca de experiências, tirar dúvidas, fazer perguntas e destruir mitos, no intuito de demonstrar a importância do tratamento adequado.

Ação → Rastreamento na comunidade para trazer os hipertensos para as atividades do grupo e ainda identificar hipertensos não cadastrados na UBS.

**Construção de hortas comunitárias:** discussão na comunidade com o auxílio da nutricionista do NASF da importância de uma alimentação saudável.

Ação→ Orientações de como fazer hortas caseiras para a obtenção de verduras e legumes para auxiliar na alimentação diária das famílias.

**Implantação do fichário rotativo:** Acompanhar os hipertensos da comunidade por meio do cadastro com a classificação de riscos dos mesmos.

Ação→ Elaboração da agenda programada para atendimento médico e de enfermagem dos hipertensos de acordo com a sua classificação de risco.

As ações vêm sendo desenvolvidas desde janeiro de 2014 pela equipe de saúde da UBS.

Foi computado após a implantação de algumas das ações um aumento do número de consultas agendadas para os portadores de hipertensão. Coube aos agentes comunitários de saúde fazerem a busca na comunidade.

Conseguiu-se ter contato com 212 dos 264 hipertensos diagnosticados na área de competência da UBS Lagoa de Baixo, alguns por mais de uma vez. Neste número já estão incluídos os 14 pacientes que foram diagnosticados na vigência da aplicação das ações do projeto, sendo cadastrados e inseridos no programa. Isso ocorreu graças à aplicação correta do screening para HAS.

Outro ponto do nosso projeto, que era orientar a população alvo sobre o que é a hipertensão arterial sistêmica, demonstrando os riscos corridos por eles, das complicações, como preveni-la, como se tratar corretamente, dentre vários outros pontos. Foram feitas discussões, usando linguagem simples, demonstrando pontos básicos dos temas acima propostos.

Foram feitas reuniões mensais com os hipertensos, uma reunião em maio/14, estando presentes 51 hipertensos, promovida pelo enfermeiro, com o tema “O que é hipertensão?”; em junho/14 com o médico, Dr. Carlucio, com o tema “Como prevenir a HAS?”, junto a 48 presentes; em julho/14, com o fisioterapeuta do NASF, com o tema “Exercício físico e HAS”, na qual houve presença de 47 pacientes; em agosto/14, com a nutricionista do NASF, com o tema “Alimentação do hipertenso”, estando presentes 34 hipertensos; em setembro/14, junto a 43 pacientes, e o fechamento foi feito pelo Dr. Carlucio com o tema “Tratamento adequado da HAS”.

Discutiu-se também a alimentação equilibrada, a melhora da qualidade de vida, sem estresse e preocupações obsoletas. Todas essas recomendações foram feitas nas discussões no grupo. Houve também a tentativa de implantação de uma horta comunitária, com o objetivo de melhorar a alimentação, não só dos hipertensos, mas de toda a comunidade. Este ponto do projeto ainda não pôde ser desenvolvido por falta de recursos, entre eles o espaço, que ainda não foi disponibilizado pela prefeitura, apesar dos pedidos feitos pela equipe.

O incentivo à prática de exercício físico regular, esta ação foi executada na praça, ao lado da unidade, onde implantaram uma academia ao ar livre, numa área bem arborizada e arejada. Utilizamos este espaço e convidamos os hipertensos, através dos ACS, a estarem presentes neste local, toda segunda-feira e quarta-feira, às 8 horas. Com o auxílio do fisioterapeuta e do enfermeiro, conseguimos reunir em média, 53 hipertensos, sendo desses, 32 bastante assíduos. Neste local, entre as 8 e 9 horas, desenvolvemos exercícios aeróbicos e de alongamento, e demonstramos para esses hipertensos a importância da atividade física regular, em especial para eles. Inicialmente o projeto abrangia somente hipertensos, mas em 9 meses de aplicação, acolhemos também pacientes não hipertensos. O objetivo maior dessa etapa é conscientizar os pacientes de que esta prática é necessária, e que precisam estender tal atividade além das já executadas dentro da unidade.

Apesar do pequeno tempo de aplicação do projeto, já alcançamos resultados sendo, a grande maioria, positivos. Dos 53 hipertensos que frequentaram as nossas práticas de atividades físicas, 44 retornaram às consultas. Foi feita anamnese e exame físico completos, e assim pôde-se comparar os dados progressos e atuais. Destes 44, 31,8% seguiram as recomendações e estavam fazendo outra atividade física, dentre elas, ciclismo, caminhadas, dentre várias outras. 27,7% deles conseguiram perder peso, e destes, 85,7% associaram o exercício físico a alimentação adequada, como recomendaram as palestras. Houve redução do Risco Global segundo escore de Framingham em 10 dos 44 (22,7%), sendo que destes, 80% estavam incluídos em todas as ações do nosso projeto.

Dos hipertensos que participaram das discussões no grupo, 78,04% acolheram pelo menos uma das várias orientações recebidas, estando 100% deles satisfeitos com as mudanças, dizendo sentir-se melhor. Entretanto, houve somente 17,07% de redução do Risco Global segundo escore de Framingham, sendo que estas cinco pessoas já estavam incluídas nos dados referentes ao incentivo a atividade física do projeto.

Ressalta-se que dos 212 hipertensos aos quais tivemos contato através das consultas, 49 deles não estavam em controle da pressão arterial anteriormente, sendo que, após aplicação do projeto, 90,5% da população hipertensa alcançou

controle. 100% destes que mudaram de status estavam inseridos em pelo menos uma ação do nosso projeto. Do total de pacientes atendidos, 163 já estavam em controle de pressão arterial anteriormente, sendo que dois deles regrediram ao descontrole.

Desta forma, demonstra-se que apesar dos percalços enfrentados, conseguiu-se alcançar alguns resultados, sendo em sua maioria positivos. Espera-se que a manutenção dessas ações, somada à efetiva implantação da horta comunitária e do fichário rotativo possamos trazer resultados cada vez mais positivos à comunidade.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação das ações do projeto realizada efetivamente e integralmente durante quase um ano, já se conseguiu colher frutos positivos. Alcançou-se inclusive a redução do risco cardiovascular de alguns pacientes, o que é uma vitória inestimável para a equipe do ESF Lagoa de Baixo em Rubelita-MG.

A grande dificuldade da execução do projeto não parte da equipe, mas dos próprios pacientes que ainda não absorveram totalmente a importância da manutenção dos níveis pressóricos dentro de um padrão aceitável. A minoria deles participa das ações de intervenção propostas, e poucos deles seguem as recomendações. Sentiu-se também certa dificuldade pela falta de estrutura física para ampliar o projeto, além de pequenas coisas, que fazem muita diferença, como o fato de a farmácia estar sempre incompleta com os quantitativos de fármacos. Sabe-se que grande parte da população alvo é carente, e não possui condições financeiras para a compra da medicação. Infelizmente, nessa situação, por vezes ficam sem fazer uso do remédio, por não poder comprá-lo.

Além de o trabalho ter tido resultados animadores, houve estreitamento de laços dentro da unidade, com o compartilhamento de funções e responsabilidades entre os membros da equipe. Com as novas tarefas a serem desenvolvidas pela equipe foram realizadas mais reuniões possibilitando mais tempo juntos, preocupou-se em equipe com esses pacientes e planejou-se a execução de cada ação. Foi um trabalho bastante prazeroso que fez surgir mais que uma equipe, uma família.

Espera-se acompanhar os pacientes de resultados positivos e negativos, e que eles progridam, e não desistam das mudanças de estilo de vida.

Conclui-se, portanto, que o projeto de intervenção tem muita aplicabilidade e eficiência clínica, com a melhora parcial de vários indicadores.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev Eletr Enferm.** v. 8, n. 2, p. 259-72, 2006.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev Esc Enferm USP.** v. 41, (n. esp), p. 815-9, 2007.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, A. M. **Planejamento e avaliação dos serviços em saúde.** Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: \_ PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 113-26.

CESARINO, C. B.; CIPULLO, J. P.; MARTIN, J. F.V.; CIORLIA, L. A.; GODOY, M. R. P.; CORDEIRO, J. A.; RODRIGUES, I. C. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq Bras Card.** v. 91, n. 1, p. 31–35, 2008.

DOLL, R. Epidemiology of chronic non-infectious disease: current status and future perspective. **Rev. bras. epidemiol.** v. 1, n.2. p. 94-103, 1998.

DÓREA, E. L.; LOTUFO, P. A. Framingham Heart Study e a teoria do contínuo de Pickering: duas contribuições da epidemiologia para associação entre pressão arterial e doença cardiovascular. **Rev Bras Hipertens.** v. 8, n. 2, p. 195-200, 2001.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface Comun Saúde Educ.** v. 9, n.17, p. 287-301, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico: resultados preliminares – Minas Gerais, 2013.** Rio de Janeiro; 2013.

LIMA, F. E. T.; ARAÚJO, T. L.; MOREIRA, T. M. M.; LOPES, M. V. O.; MEDEIROS, A. M. Características sociodemográficas de pacientes submetidos à revascularização miocárdica em um hospital de Fortaleza - CE. **Rev Rene.** v. 10, n. 3, p. 37-43, 2009.



PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.** v. 17, n. 4, p. 523-533, out/dez., 2004.

ROSÁRIO, T.M.; SCALA, L. C. N. S.; FRANÇA G.V. A.; PEREIRA, M. R. G.; JARDIM, P.C. B. V. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq Bras Card.** v. 93, n. 6, p. 672-678, 2009.

SANTOS, F. P, A.; NERY, A. A.; MATUMOTO, S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev Esc Enferm USP.** v. 47, n.1, p. 107-14, 2013.

SARAIVA, K. R. O.; SANTOS, Z. M. S. A.; LANDIM, F. L. P.; TEIXEIRA, A. C. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. **Texto & Contexto Enferm.** v. 16, n. 2, p. 263-70., 2007.

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), p. 1-51, 2010.

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