

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

**MARIANNE RABELO GHERARD**

**AÇÕES ESTRATÉGICAS INDIVIDUAIS E COLETIVAS PARA O CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESF JARDIM PRIMAVERA II, MONTES CLAROS,  
MINAS GERAIS.**

**MONTES CLAROS – MG**

**2015**

MARIANNE RABELO GHERARD

**AÇÕES ESTRATÉGICAS INDIVIDUAIS E COLETIVAS PARA O CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESF JARDIM PRIMAVERA II, MONTES CLAROS,  
MINAS GERAIS.**

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

Orientador(a): Fernanda Piana Santos Lima de  
Oliveira

MONTES CLAROS – MG

2015

**MARIANNE RABELO GHERARD**

**AÇÕES ESTRATÉGICAS INDIVIDUAIS E COLETIVAS PARA O CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESF JARDIM PRIMAVERA II, MONTES CLAROS,  
MINAS GERAIS.**

**Banca Examinadora:**

Examinador 1: Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira (Orientadora)

Examinador 2: Zilda Cristina dos Santos, Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
-UFTM (Examinador)

Aprovado em Belo Horizonte, de de 2015.

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma das principais doenças crônicas e de maior prevalência nos dias atuais, e a falta de conhecimento sobre a doença, suas causas e complicações, dificultam o controle dos níveis pressóricos nos pacientes da Unidade Básica de Saúde. Um controle adequado da patologia é importante para a diminuição de internações por complicações agudas e crônicas, da morbimortalidade e dos gastos em saúde pública com essa moléstia. A Unidade Básica de Saúde Jardim Primavera II do município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, enfrenta várias dificuldades para o seguimento do paciente, sendo que a má adesão ao tratamento anti-hipertensivo é um dos problemas mais relevantes. Na ESF Jardim Primavera II, vários pacientes não têm conhecimento sobre a doença e suas complicações, dificultando o seu acompanhamento. Foi elaborado um projeto de intervenção pelo método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Para fundamentação teórica foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latina Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), além de pesquisa em livros, revistas, jornais e periódicos.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial Sistêmica. Atenção Primária à Saúde. Doenças Crônicas. Prevenção e Controle.

## **ABSTRACT**

The Hypertension is a major chronic disease and most prevalent today, and the lack of knowledge about the disease, its causes and complications make it difficult to control blood pressure levels in patients of Basic Health Unit. Suitable control pathology is important for the reduction of hospitalizations for acute and chronic complications, morbidity and mortality and expenses in public health with this disease. The Basic Health Unit Jardim Primavera II in the municipality of Montes Claros, Minas Gerais, Brazil, faces several difficulties in patient follow-up, and poor adherence to antihypertensive treatment is one of the most important problems. In the ESF Jardim Primavera II many patients are unaware of the disease and its complications, hindering its monitoring. An intervention project by the method of Situational Strategic Planning (SSP) has been prepared. For theoretical foundation was carried out a literature review in electronic databases of the Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), American Latin and Caribbean Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO), and research books, magazines, newspapers and periodicals.

**Keywords:** Hypertension. Primary Health Care. Chronic Diseases. Prevention and Control.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	7
2. JUSTIFICATIVA .....	9
3. OBJETIVOS .....	10
3.1 Objetivo Geral .....	10
3.2 Objetivos específicos .....	10
4 METODOLOGIA. ....	11
5 REVISÃO BIBLIOGRAFICA .....	12
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	16
6. 1 Desenhos das Operações.....	16
6. 2 Identificação dos Recursos Críticos .....	17
6. 3 Cronograma .....	17
6. 4 Análise da Viabilidade do Plano .....	18
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	19
REFERÊNCIAS .....	20

## 1. INTRODUÇÃO

O município de Montes Claros/MG localiza-se na região do Norte do Estado de Minas Gerais, com uma área de aproximadamente 3.582.034 km<sup>2</sup>. Em 2014, sua população foi estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), em 390.212 habitantes. Dentre as atividades econômicas, destacam-se a indústria e o comércio, sendo considerado um polo industrial regional. Quanto à área da saúde, o município possui em torno de 250 estabelecimentos de saúde, entre hospitais, posto de saúde e serviços odontológicos. Dentre as equipes de saúde da família da cidade, destaca-se a ESF (Estratégia de Saúde da Família) Jardim Primavera II, que abrange uma população de aproximadamente 2.300 pessoas.

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Jardim Primavera II, realizado nesse ano, foram identificados os seguintes problemas: má adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento; gestação na adolescência; baixa escolaridade da população; desemprego e trabalho informal; alcoolismo; dentre outros. Considerando a importância, urgência e capacidade de enfrentamento, a equipe selecionou como problema prioritário a má adesão dos hipertensos ao tratamento prescrito, sendo que aproximadamente 10% da população são considerados hipertensos.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui-se um importante fator de risco para doenças cardiovasculares. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) afirma que “níveis de pressão sustentadamente elevados estão relacionados a uma maior incidência de eventos mórbidos, manifestados por cardiopatia isquêmica, acidente cerebrovascular e doenças vasculares, renal e periférica”. Apesar disso, estudos observacionais têm demonstrado que a maior parte dos pacientes com diagnóstico de hipertensão apresenta uma má adesão ao tratamento (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

No Brasil, onde existe uma população de hipertensos superior a 15 milhões de pessoas, menos de 10% destas têm controle efetivo da doença. Além disso, somam-se a tal problemática, a desinformação sobre o assunto, distorções conceituais, problemas socioeconômicos, carência de recursos para implementação terapêutica, entre outros (MINAS GERAIS, 2007).

Desta forma, diante do alto número de pacientes diagnosticados como hipertensos, apresentando um mau controle e uma má adesão ao tratamento, identificou-se a necessidade de intervir sobre esse problema, cujos “nós- críticos” são: ingestão de uma dieta rica em sódio; culturas e crenças da população; sedentarismo; dificuldade de acesso às medicações não fornecidas pelo SUS; período assintomático da doença; baixa escolaridade; tabagismo; estresse; etilismo, dentre outros (RABETTI & FREITAS, 2011).

A HAS é definida pela persistência de níveis de pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90mmHg. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o limite de pressão arterial aferida no ambulatório e que não caracteriza hipertensão é de 125/85mmHg. O tratamento da Hipertensão Arterial é sempre baseado em mudanças no estilo de vida e pode ou não ser farmacológico. Qualquer que seja a opção é fundamental obter a adesão continuada dos pacientes às medidas recomendadas para a obtenção de um controle adequado da pressão arterial (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Sendo assim, a má adesão ao tratamento anti-hipertensivo e, conseqüentemente, o mau controle da hipertensão na área de abrangência da ESF Jardim Primavera II é um problema de grande importância, considerando os prejuízos significativos relacionados à doença em questão, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular encefálico (AVE) (CARVALHO *et al.*, 2013).

Esse trabalho tem o objetivo propor um plano de intervenção com vistas a melhorar a adesão medicamentosa dos pacientes hipertensos na área de abrangência da ESF Jardim Primavera II no município de Monte Claros/MG/Brasil.



## 2. JUSTIFICATIVA

A grande prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica e de seus fatores de risco multiplica as chances de problemas cardiovasculares, o que pode incrementar as taxas de morbimortalidade e os custos socioeconômicos (FARIA *et al.*, 2009).

“A doença apresenta elevado custo médico-social principalmente por sua participação em complicações como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica, doença vascular de extremidades”. A hipertensão e suas complicações são responsáveis por alta frequência de internações, sendo a insuficiência cardíaca a principal causa de hospitalização entre as afecções cardiovasculares (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Com o objetivo de organizar todos os níveis assistenciais vinculados aos portadores de Hipertensão e Diabetes Mellitus, foi criado o programa HiperDia (Programa de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos). Este se destina ao cadastramento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, atendidos na rede ambulatorial do SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados (MINAS GERAIS, 2007).

Desta forma, considerando a alta prevalência da Hipertensão Arterial na área de abrangência da ESF Jardim Primavera II, torna-se necessário propor ações viáveis a fim de reduzir essa prevalência (baseadas na abordagem global dos fatores de risco modificáveis) e orientar aos que já são hipertensos quanto ao controle adequado dos níveis pressóricos e, conseqüentemente, na diminuição de complicações.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Propor um plano de intervenção com vistas a melhorar a adesão medicamentosa dos pacientes hipertensos.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar uma revisão de literatura sobre o tema;
- Aumentar o nível de informação da população quanto aos fatores de risco modificáveis e quanto aos medicamentos prescritos;
- Visar à promoção da saúde no sentido de evitar as complicações decorrentes da Hipertensão Arterial;
- Reduzir a pressão arterial para valores inferiores a 140/90mmHg;
- Estratificar o risco cardiovascular do paciente.

#### 4. METODOLOGIA

Etimologicamente, metodologia vem do grego *Meta* (ao largo), *Odos* (caminho) e *Logos* (discurso, estudo), sendo assim, trata - se dos métodos e técnicas disponíveis ao pesquisador, suas limitações, implicações e utilizações (DUARTE & FURTADO, 2002).

O método utilizado para elaboração deste projeto de intervenção foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES), idealizado por Carlos Matus, autor chileno, a partir de sua vivência como ministro da economia do governo Allende, no período de 1970 a 1973, e da análise de outras experiências de planejamento normativo ou tradicional na América Latina, cujos fracassos e limites instigaram um profundo questionamento sobre os enfoques e métodos utilizados. Tal método de planejamento é fundamentado em uma série de passos que foram seguidos para elaboração deste projeto, sendo eles: 1º: definição dos problemas; 2º: priorização dos problemas; 3º: descrição do problema selecionado; 4º: explicação do problema; 5º: seleção dos “nós-críticos”; 6º: desenho das operações; 7º: identificação dos recursos críticos; 8º: análise de viabilidade do plano; 9º: elaboração do plano operativo e 10º: gestão do plano.

Para a fundamentação teórica foi realizado um levantamento bibliográfico através da literatura brasileira disponível em livros, revistas, jornais e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados Literatura Latina Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e, utilizando os descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica. Atenção Primária à Saúde. Doenças Crônicas. Prevenção e Controle.

Os dados foram coletados no mês de Junho 2015 a Julho de 2015, sendo utilizados os seguintes critérios de inclusão: a) artigos publicados no período de 2000 a 2015; b) Publicações disponíveis na íntegra e em português c) publicações que se referiam ao tema proposto.

Em seguida foi realizada a leitura exploratória do material encontrado, para a seleção definitiva dos artigos de interesse ao estudo.

## 5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A transição demográfica no Brasil resultou na modificação da pirâmide etária da população, na elevação da expectativa de vida e, ainda, no aumento de 45,9% da população idosa acima de 65 anos, no período de 1980 a 2000, ocasionando transformações quanto à incidência e à prevalência das doenças, bem como quanto aos altos índices de morte geradas pelas doenças crônicas não transmissíveis (MARTINS *et al.*, 2007).

Segundo Brasil (2008), as doenças crônicas não transmissíveis apresentam etiologia multifatorial, longos períodos de latência que dificultam o diagnóstico, curso prolongado e associação a deficiências e incapacidades funcionais, o que culmina com a impossibilidade da completa definição de sua causa.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível de alta prevalência, cujo diagnóstico e controle são imprescindíveis no manejo de graves doenças, como insuficiência cardíaca congestiva, doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, nefropatia hipertensiva, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva (RABETTI & FREITAS, 2011).

Considerada atualmente, como um grave problema de saúde pública, a HAS não apenas apresenta alta prevalência, mas também representa um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e doença renal crônica (MOTTER; OLINTO & PANIZ, 2015).

A HAS é responsável por 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% das por síndrome coronariana aguda, sendo que esta porcentagem aumenta proporcionalmente aos valores pressóricos e outros fatores de riscos, como estilo de vida, alimentação, tabagismo e sedentarismo (LONGO *et al.*, 2009).

Os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS e doenças cardiovasculares são classificados como não modificáveis - como o sexo, a idade e a herança genética - e os modificáveis ou comportamentais - como o tabagismo, sedentarismo e consumo de álcool e outras drogas, sendo que os fatores comportamentais são potencializados por fatores condicionantes, tais como socioeconômicos, culturais e ambientais (MOTTER; OLINTO & PANIZ, 2015).

Reis e Glashan (2000) também corroboram afirmando que os principais fatores de risco para a HAS incluem: hereditariedade, idade, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, sexo, uso de anticoncepcionais e alta ingestão de sódio.

Os fatores sociais quanto físicos também são destacados, não por serem causadores da HAS, mas por estarem frequentemente associados a ela (baixo nível educacional, colesterol elevado e Diabetes Mellitus) (ARBEX & ALMEIDA, 2009).

Borges *et al.*, (2013) afirmam que a relação entre pressão arterial e risco de eventos cardiovasculares é contínua, consistente e independente de outros fatores de risco. Quanto mais elevada a pressão arterial, maior é a chance de ocorrerem infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico (AVE) e doença renal. Para indivíduos de 40 a 60 anos de idade, qualquer aumento de 20mmHg na pressão arterial sistólica ou 10mmHg na diastólica dobra o risco de doença cardiovascular (DCV). Os portadores de Hipertensão Arterial têm risco de 2 a 4 vezes maior para doença cardiovascular quando comparados aos normotensos. A pressão arterial sistólica (PAS) é responsável pelo comprometimento dos órgãos-alvo (coração, cérebro e rim), ao passo que a pressão arterial diastólica (PAD) está relacionada à arteriopatia periférica.

A hipertrofia ventricular esquerda (HVE), como consequência da hipertensão crônica e/ou sobrecarga de volume, representa fator de risco importante para o desenvolvimento de doença arterial coronariana (DAC). Dados do *Framingham Heart Study* mostraram que a regressão da HVE está associada à diminuição da incidência de DCV (LESSA, 2001).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) define HAS pela persistência de pressão arterial sistólica acima de 135 mmHg e diastólica acima de 85 mmHg. O controle desta morbidade consiste tanto no tratamento não farmacológico, representados pela adoção de um estilo de vida saudável, quanto no tratamento farmacológico mediante o uso de medicamentos, ou ainda, na associação de ambos.

Entretanto, sabe-se que a utilização de medicamentos para o controle e a manutenção dos níveis tensionais em níveis considerados normais é indicada em mais de 70% dos casos. A farmacoterapia é indicada quando a pressão arterial for maior ou igual a 140-90mmHg ou no caso de doença renal crônica ou diabetes (maior ou igual a 130-80mmHg) (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Diversos fatores podem ter influência sobre o controle da HAS, entre estes está o adequado conhecimento dos portadores sobre o tratamento farmacológico,

considerado um fator importante para a utilização dos medicamentos (MINAS GERAIS, 2007). Para se manter o controle da pressão arterial menor do que 120-80mmHg, abordagens de estilo de vida como controle de peso, aumento de atividade física, moderação do álcool, restrição de sódio e aumento do consumo de frutas frescas, verduras, legumes e produtos lácteos de baixo teor de gorduras são necessárias (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

O grande desafio dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) é lidar com insuficiência de recursos, dado cenário adverso do ponto de vista econômico à época de sua criação. O Programa de Saúde da Família surgiu sob a crítica inicial de ser um programa com características restritivas de atenção. Entretanto, sua expansão veloz nos últimos anos e sua importância a transformaram numa estratégia de conversão do modelo de atenção básica. O controle e diagnóstico da hipertensão tem sido atribuição da Saúde da Família, tem caráter de ação prioritária na saúde do adulto em sua fase inicial e, é ação estratégica de atuação após o Pacto em Defesa da Vida, de 2005 (ANDRADE; BUENO & BEZERRA, 2006).

O controle da pressão arterial nos hipertensos tem ligação muito estreita com a adesão ao tratamento prescrito. A não adesão à medicação é uma preocupação importante para os profissionais de saúde e para os gestores, sendo necessários estudos que ajudem a melhorar a adesão aos tratamentos anti-hipertensivos, principalmente em pacientes com hipertensão com alto risco cardiovascular. Nesses pacientes, o controle dos agravos pode ajudar a reduzi-la (SOUZA *et al.*, 2014).

Vários fatores podem estar relacionados à adesão, incluindo as características do paciente, a qualidade da relação médico-paciente, a gravidade da doença, o acesso aos cuidados de saúde e fatores específicos relacionados à prescrição medicamentosa (MELCHIORS *et al.*, 2010).

No entanto, a redução da PA para os níveis recomendados pelas diretrizes nacionais e internacionais é difícil na prática clínica. Menos que 50% dos pacientes com HAS essencial em acompanhamento médico apresentam níveis de PA < 140/90 mmHg<sup>14</sup> (FEIJÃO *et al.*, 2005).

Em um estudo realizado por Souza *et al.* (2014) mostrou que acompanhamento efetivo dos usuários é um dos requisitos mais difíceis de concretizar do programa HiperDia, seja pela distância física entre os usuários e os serviços de saúde, seja pelas dificuldades referidas pelos profissionais para alcançar esses pacientes em

sua residência ou, ainda, pela pouca compreensão dos pacientes acerca da HAS e do DIA.

Oliveira *et al.* (2008) acreditam que apesar das dificuldades na adesão ao tratamento, os avanços no conhecimento e a evolução obtida na terapêutica têm aumentado a expectativa de vida da população

Portanto, há necessidade dos profissionais de saúde dar maior atenção à qualidade de vida dos pacientes, na busca de modificações na abordagem terapêutica de maneira geral. Isso poderá ocorrer com o encontro de alternativas médicas e sociais, que interfiram favoravelmente na qualidade de vida como um todo, no estímulo cada vez maior à melhor relação médico/paciente e até com o desenvolvimento de fármacos que, além do benefício no controle da PA, tenham ainda efeitos benéficos sobre a qualidade de vida (CARVALHO *et al.*, 2013).

## 6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para elaboração deste Projeto de Intervenção, foi utilizado o método denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES). Esse método visa resolução de problemas detectados na realidade, confrontados com um padrão considerado adequado ou não tolerável e que motivam os atores sociais a enfrentá-los (KAMIMURA & MOLINA, 2004).

Toda a equipe de saúde da ESF Jardim Primavera II tem uma função importante no projeto de intervenção, e a partir dos “nós-críticos” detectados conseguimos enfrentar os problemas presentes.

Os dados foram organizados na forma de planilha, de modo que facilite a visualização e compreensão dos “nós-críticos”, e divididos em desenho das operações, identificação dos recursos críticos, cronograma e análise da viabilidade do plano.

### 6.1 Desenhos das Operações

**Quadro 1:** Desenho das operações de acordo com os “nós-críticos” identificados na equipe de saúde da ESF Jardim Primavera II, Montes Claros, MG, 2015.

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Ingestão de dieta rica em sódio	Orientar sobre a importância de uma dieta hipossódica	Diminuir e controlar os níveis pressóricos	Alimentação adequada (pouco sódio e pouca gordura)	Cognitivo= informar sobre a dieta adequada
Sedentarismo	Orientar sobre a prática de atividades físicas	Diminuir o número de obesos e sedentários	Atividade física regular e diminuição do peso	Organizacional= organizar as atividades físicas com a ajuda da Fisioterapia, por exemplo.
Medicamentos	Melhorar a oferta de anti-hipertensivos	Oferta adequada de anti-hipertensivos	Organização adequada da demanda e oferta de medicamentos	Financeiro = oferta adequada dos medicamentos Organizacional = monitoramento da demanda

Fonte: próprio autor, 2015.



## 6.2 Identificação Dos Recursos Críticos

**Quadro 2:** Desenho das operações de acordo com os recursos críticos para a realização da operação/projeto na equipe de saúde da ESF Jardim Primavera II, Montes Claros, MG, 2015.

OPERAÇÃO/PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS
Intervir de forma a diminuir a ingestão de sódio/sal	Financeiro = materiais adequados para panfletagem e realização de grupos
Estimular a prática de exercícios físicos	Político = praças e opções de atividades físicas para a população
Aumentar a oferta e distribuição de medicamentos	Político = aumentar a oferta de medicamentos para os hipertensos Financeiro = aumento e continuidade da oferta
Fornecer informação a respeito da hipertensão e suas complicações	Financeiro = materiais e estrutura para a realização de palestras

Fonte: Fonte: próprio autor, 2015.

## 6.3 Cronograma

**Quadro 3:** Desenho do Cronograma das Intervenções na equipe de saúde da ESF Jardim Primavera II, Montes Claros, MG, 2015.

OPERAÇÕES	RESULTADOS	PRODUTOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
Intervir de forma a diminuir a ingestão de sódio/sal	Controle dos níveis pressóricos	Alimentação adequada	Orientações sobre uma dieta pobre em sódio/sal e gorduras	Médico, enfermeiro e nutricionista.	Iniciar o mais breve possível
Estimular a prática de exercícios físicos	Diminuição do sedentarismo e do peso	Atividade física regular	Criação de grupos para a prática de exercícios físicos, com a ajuda de um fisioterapeuta, por exemplo.	Fisioterapeuta, nutricionista, agentes de saúde.	Iniciar o mais breve possível

Aumentar a oferta e distribuição dos medicamentos	Oferta adequada de anti-hipertensivos	Organização adequada da demanda e oferta dos medicamentos	Aumentar a quantidade de anti-hipertensivos oferecidos na unidade de saúde	Farmacêutico, enfermeira, gestor.	Iniciar o mais breve possível
Fornecer informações a respeito da hipertensão e suas complicações	Comunidade informada sobre a doença	Palestras e grupos de discussão	Criação de grupos de hipertensos (já existentes na ESF)	Médico, enfermeiro	Já iniciado. Finalização indeterminada

Fonte: próprio autor, 2015.

#### 6.4 Análise Da Viabilidade Do Plano

**Quadro 4:** Desenho da Viabilidade do Plano de Ação a ser realizado na equipe de saúde da ESF Jardim Primavera II, Montes Claros, MG, 2015.

OPERAÇÃO/ PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS	CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS	AÇÃO ESTRATÉGICA
Intervir de forma a diminuir a ingestão de sódio/sal	Financeiro=materiais adequados para panfletagem e realização de grupos	Ator que controla: Prefeitura/Secretaria de Saúde	Fornecer materiais para realização de panfletagem sobre alimentação adequada; contratação de nutricionista.
Estimular a prática de exercícios físicos	Político= praças e opções de atividades físicas para a população	Ator que controla: Prefeitura	Reforma das praças e áreas de lazer; contratação de educador físico.
Aumentar a oferta e distribuição de medicamentos	Político= aumentar a oferta de medicamentos para os hipertensos Financeiro= aumento e continuidade da oferta	Ator que controla: Secretaria de saúde	Melhoria da quantidade e oferta regular
Fornecer informação a respeito da hipertensão e suas complicações	Financeiro= materiais e estrutura para realização de palestras	Ator que controla: Secretaria de Saúde	Obtenção de local e materiais para a realização de grupos de discussão/palestras

Fonte: próprio autor, 2015.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste projeto de intervenção, nota-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica deve ser considerada um problema de saúde pública. Isso não se deve apenas à elevada prevalência, mas também a grande parcela de indivíduos hipertensos não diagnosticados e tratados inadequadamente, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento. A doença é um fator de risco bem estabelecido para todas as doenças cardiovasculares. A mortalidade por essas doenças também é um problema de saúde pública e assim deve ser considerado em todas as esferas de atuação do SUS.

A Hipertensão Arterial Sistêmica pode se apresentar como uma questão socioeconômica no contexto de saúde pública. Por esse motivo, faz-se necessário que as políticas públicas de atenção à saúde adotem estratégias especiais de promoção, prevenção e controle, para minimizar ou evitar complicações decorrentes da doença (DELGADO & SILVA, 2011).

Com este projeto de intervenção pretende-se melhorar o controle pressórico da população adscrita no território da ESF Jardim Primavera II, aumentando a informação e conhecimento sobre a Hipertensão Arterial e suas complicações. Objetiva-se uma maior adesão do paciente ao tratamento medicamentoso, para que use a medicação correta e sem interrupções, além da melhoria do estilo de vida dos pacientes, que devem conhecer a importância de uma dieta e exercícios físicos regulares, imprescindíveis para o controle da Hipertensão Arterial. Busca-se, portanto, maior entendimento por parte dos pacientes sobre a sua patologia, principalmente no que se refere ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, que deve ter boa adesão e ser desempenhado de forma correta e continuada.

Em longo prazo, espera-se a diminuição de gastos com internações por complicações e diminuição da morbidade relacionada à doença. O apoio deve vir dos gestores locais, da comunidade e de toda a equipe para que o seguimento seja feito de forma adequada.

## REFERÊNCIAS

- ARBEX, FS; ALMEIDA, EA. Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento. Rev Bras Clin Med. 2009;7(5):339-42. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=530832&indexSearch=ID>. Acesso em: 09/12/2015.
- ANDRADE, LOM; BUENO, ICHC; BEZERRA, RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ;2006. p.783-836.
- BORGES, DR. *et al.* Atualização terapêutica de Prado, Ramos e Valle: diagnóstico tratamento – 2012/2013. 24 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2013. 2064p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: Promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- CARVALHO, MV; SIQUEIRA, LB; SOUZA, ALL; JARDIM, PCBVJ. A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. Universidade Federal de Goiás1, Goiania, GO; Liga de Hipertensão2 – Brasil Arq Bras Cardiol. 2013;100(2):164-174. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n2/v100n2a09.pdf>. Acesso em: 10/12/2015.
- DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, V. Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia; 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010001700001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001). Acesso em: 13/10/2015.
- DUARTE, SV; FURTADO, M SV. Manual para a elaboração de monografia e projetos de pesquisa. Montes Claros, 2002.
- FARIA, HP; COELHO, IB; WERNECK, MAF; SANTOS, MA. Processo de trabalho em saúde. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1790.pdf>. Acesso em: 10/10/2015.
- FEIJÃO, AM; GADELHA, FV; BEZERRA, AA; OLIVEIRA, AM; SILVA, MS; LIMA JW. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. Arq Bras Cardiol. 2005;84(1):29-33. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2005000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2005000100007&script=sci_arttext). Acesso em: 12/12/2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados populacionais do Município de Montes Claros, MG, Brasil. Ano de 2014. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=314330>. Acesso em: 19/12/2015.

KAMIMURA, QP; MOLINA, VLI. Microrregionalização: uma proposta metodológica, organizacional e estratégica para os serviços de saúde de alta e média complexidade no Litoral Norte Paulista, Taubaté/SP. 2004. 178 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Taubaté/UNITAU, Taubaté/SP, 2004.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. *Revista Brasileira de Hipertensão*, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 383-392, nov. 2001.

LONGO, GZ; NEVES, J; LUCIANO, VM; PERES, MA. Prevalência de níveis Pressóricos Elevados e Fatores Associados em Adultos de Lages/SC. *Arq Bras Cardiol* 2009; 93(4):387-394. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009001000012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009001000012&script=sci_arttext) . Acesso em: 05/12/2015.

MARTINS, JJ; ALBUQUERQUE, GL; NASCIMENTO, ERP; BARRA, DCC; SOUZA, WGA; PACHECO, WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(2):254-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a07v16n2>. Acesso em: 03/11/2015.

MELCHIORS, AC; CORRER, CJ; PONTAROLO, R; SANTOS, FO; SOUZA, RA. Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente do MINICHAL-Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2010;94(3):357-64.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Caderno de Atenção a Saúde do Adulto. Hipertensão e diabetes. - 2 ed. – Belo Horizonte: SAS/MG, 2007.

MOTTER, FR; OLINTO, MTA; PANIZ, VMV. Avaliação do conhecimento sobre níveis tensionais e cronicidade da hipertensão: estudo com usuários de uma Farmácia Básica no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 31, n. 2, p. 395-404, Feb. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000200395&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000200395&lng=en&nrm=iso) . Acesso em: 12/12/2015.

OLIVEIRA, SM; SANTOS, JL; LEBRÃO, ML; DUARTE, YA; PIERIN, AM. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(2):241-9. *Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol* 2010; 95(Supl. 1):1-51. Disponível em: <http://www.ceatenf.ufc.br/Artigos/28.pdf>. Acesso em: 11/12/2015.

RABETTI, AC; FREITAS, SFT. Eficiência de ações em hipertensão. *Rev Saúde Pública* 2011;45(2):258-68. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000200004&script=sci_arttext). Acesso em: 12/12/2015.

REIS, MG; GLASHAN, RQ. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2000;9(3):51-7. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1567>. Acesso em: 09/12/2015.

SOUZA, CS; STEIN, AT; BASTOS, GAN; PELLANDA, LC. Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa Hiperdia: Estudo de Base . Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Cardiologia - Instituto de Cardiologia/Fundação Universitária de Cardiologia<sup>1</sup>; Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA<sup>2</sup>, Porto Alegre, RS – Brasil. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/abc/v102n6/pt\\_0066-782X-abc-102-06-0571.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v102n6/pt_0066-782X-abc-102-06-0571.pdf). Acesso em: 08/12/2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC), SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH), SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(Supl. 1):1-51. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf) Acesso em: 11/12/2015.

DELGADO, CMS; SILVA, LMF. Hipertensão Arterial e Fatores de Risco associados: uma revisão de literatura. Faculdade São Miguel, Recife/PE, 2011: 523-573. Disponível em: <http://www.faculdadesaomiguel.com.br/pdf/revista-conceito/n2/enfermagem/hipertensao-arterial.pdf> Acesso em: 12/01/2016.