

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

INDIRA DORADO HERNÁNDEZ.

INCREMENTO DO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PARA PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES, NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE "POUSADA DEL REY", DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO IGARAPE.

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS
2016

INDIRA DORADO HERNÁNDEZ

INCREMENTO DO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PARA PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES, NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE "POUSADA DEL REY", DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO IGARAPE.

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: Prof. Dr. André Luiz dos Santos Cabral.

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS
2016.**

INDIRA DORADO HERNÁNDEZ

INCREMENTO DO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PARA PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES, NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE "POUSADA DEL REY", DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO IGARAPE.

Banca examinadora

Prof. Dr. André Luiz dos Santos Cabral - orientador

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por nos dar forças para enfrentar todos os obstáculos encontrados nesta caminhada.

Em especial aos meus professores, orientador, pela atenção, ensinamentos, incentivos, dedicação, em especial nos momentos da elaboração do presente estudo.

A nossa família, por estar sempre ao nosso lado, apoiando as nossas decisões.

E a todos que, diretamente ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo.

A todos vocês, a nossa eterna gratidão.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), nas estatísticas de saúde pública, tem alta incidência, prevalência, baixas taxas de controle, sendo por isso considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública. As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade e geram altos custos econômicos, e que aumentam progressivamente com o aumento da pressão arterial. O controle adequado dessa afecção é essencial para a diminuição dos eventos cardiovasculares adversos. Este trabalho objetivou elaborar um plano de intervenção para controle dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica para diminuir a incidência de complicações por esta doença no PSF Pousada del Rey, Igarapé. O plano foi pautado no Planejamento Estratégico Situacional e em pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em saúde com os descritores: Atenção Primária à Saúde, Hipertensão e Educação em Saúde. A partir da implementação do plano de ação proposto pretende-se obter o aumento da adesão da população as mudanças de estilo de vida e uso correto das medicações, estimular a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e propiciar melhorias na qualidade de vida da população da área de abrangência do PSF Pousada del Rey.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Educação em Saúde.

ABSTRACT

The Hypertension in public health statistic realizes that has high incidence, prevalence at low rates of control, so it is considered one of the most important public health problems. Cardiovascular disease are important cause of morbidity and mortality and generate high costs economic, and that increase progressively whit the increase in blood pressure. The proper control of that affection are essential for the reduction of adverse cardiovascular events. This work aimed to elaborate a plan of intervention for control of the adult's bearers of hypertension Systemic Arterial to diminish the incidence of complications by this illness in the PSF Hostal of Rey, Igarapé. The plan was based in the Situational Strategic Planning and in bibliographic investigation in the Virtual Library in health with the keywords: Primary Health Care, hypertension and Education in Health. From the implementation of the plan of action proposed pretends obtain the increase of the adhesion of the population the changes of lifestyle and correct use of the medications, stimulate the autonomy of the subjects in relation to his state of health and provide advance in the quality of life of the population of the area of coverage of the PSF Hostal de Rey

Keywords: Primary Health Care. Hypertension. Education in Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Encefálico.
ACS	Agentes Comunitários de Saúde.
BPC	Benefício de Prestação Continuada.
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial.
ECG	Eletrocardiograma.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMA	Infarto agudo do miocárdio.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IRC	Insuficiência renal Crônica.
MS	Ministério da Saúde.
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde da Família.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
PES	Planejamento Estratégico Situacional.
PSF	Posto de Saúde da Família.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UPA	Unidade de pronto atendimento.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Total da População.

Quadro 2. Classificação da pressão arterial de acordo com a média casual no Consultório (> 18 anos).

Quadro 3. Desenho de operações para os “nos” críticos do problema de HAS.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVOS.....	17
4 METODOLOGIA.....	18
5 REFERENCIAL TEÓRICO / REVISÃO DA LITERATURA.....	19
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERENCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

Igarapé é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Localiza-se na Região Metropolitana de Belo Horizonte, na região sudeste da zona metalúrgica, nas proximidades do paralelo 20º sul e 43º oeste, tem, como ponto mais alto, Pico do Itatiaiuçu, a 1 434 metros de altitude e como ponto mais baixo a Foz Córrego Gavião, a 819 metros de altitude de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

Ate muito pouco tempo atrás Igarapé apresentava as características de um município rural. Com a cremação da cidade industrial foi o município de Igarapé se aproximou do crescimento e desenvolvimento econômico, consolidando sua vocação natural para sediar indústrias, sustentado por importantes segmentos da indústria da transportação. O patrimônio cultural do Município Igarapé reúne um rico acervo material e in material integrante do universo cultural e histórico local. Entre os bens materiais o município preserva diversas construções estilo colonial tomado como patrimônio do município (IBGE, 2014).

Até o século XVII, o atual estado de Minas Gerais era habitado por índios do tronco linguístico macro-jê. A partir desse século, essas tribos foram quase exterminadas pela ação dos bandeirantes procedentes de São Paulo, que chegaram à região em busca de escravos e de pedras preciosas (IBGE, 2014).

Em 1931, foi criado o distrito pela lei 50. Ainda em 1931, o decreto 10 002, de 30 de julho, transferiu a sede do distrito de São Joaquim de Bicas para o povoado do Barreiro, com o nome de Igarapé. Pertencia ao município de Pará de Minas. O decreto-lei 148, de 30 de dezembro de 1938, transferiu o distrito de Igarapé do município de Pará de Minas para o de Mateus Leme (IBGE, 2014).

A atual cidade de Igarapé teve suas bases iniciais de ocupação do território no "garimpo de ouro" no distrito de São Joaquim de Bicas, posteriormente na agropecuária. Para estabelecermos, sem margem de erros, as origens de uma cidade, devemos tomar como base fatos reais e não simplesmente pessoas. Certamente centenas de anos antes, por aqui já existiam fazendas e diversas famílias com residências fixas. Em 1880, quando o distrito de São Joaquim de Bicas

entrava na sua fase de florescência, com a igreja, vigário e até Cartório de Paz, o Barreiro era constituído apenas por fazendas e fazendeiros (IBGE, 2014).

Em 1931 foi criado o distrito pela lei n.º 50 Ainda em 1931, o decreto n.º 10.002, de 30 de julho transferiu a sede do distrito de São Joaquim de Bicas para o povoado do Barreiro, com o nome de Igarapé. Pertencia ao município de Pará de Minas (IBGE, 2014).

O município possui 110,08 km² de área total, com densidade demográfica de 317,28 hab./km² e uma população de 34 000 habitantes.

Em relação aos aspectos socioeconômicos, entre os anos de 1991-2010 o IDH de Igarapé passou de 0.511 a 0.760. O Índice evoluiu um 35.7% representando avanços positivos no desenvolvimento social e económico da população. O maior avanço foi sentido no aspecto Educação que evoluiu um 125.2% no período, o Índice de Longevidade evoluiu 17.2% e o Índice de Renda evoluiu um 18.7%. No ano 2014 o IDH no Município foi de 0.705 na Educação, 0.840 na Longevidade e 0.742 na Renda (PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPÉ, 2015).

O Município DE Igarapé possuía no ano 2014, em sua área urbana, 89.6 % da população, enquanto que no Estado de Minas Gerais a taxa de urbanização era de 85.3% e no Brasil de 84.4% (PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPÉ, 2015).

Conforme dados do Ministério do Trabalho e Emprego referentes a 2013, a população economicamente ativa em Igarapé era de 28 mil habitantes (49,2% do total) e apresentava um rendimento médio mensal de R\$ 1.063,00 (BRASIL, 2013).

Quanto ao abastecimento de água tratada e recolhimento de esgoto, em 2014, no Município, 95.6% dos domicílios recebiam água tratada da rede geral de abastecimento, índice este superior à média do Estado de Minas Gerais que no mesmo período era de 86.3% e do Brasil que atendia 82.9% dos domicílios com esta forma de abastecimento (PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPÉ, 2015).

Em 2014, no Município a rede de coleta de Esgoto Sanitário cobria 93.7% dos domicílios. Eram 60 mil economias ativas. A rede possuía uma extensão de 436 km²

e índice de tratamento de esgoto era de 12.4%.

Falando acerca das principais atividades econômicas, atuam no município cerca de 1200 empresas. São perto de 530 estabelecimentos industriais e mais de 800 voltados para o comércio e os serviços. Mais da metade da economia está baseada nas indústrias de ferro gusa e do setor automotivo e também são economicamente expressivas as indústrias voltadas para os setores de mineração, têxtil, alimentos, água mineral e bebidas.

Quanto aos aspectos demográficos, no Quadro 1, encontra-se apresentada a população do Município de Igarapé.

Quadro 1: Total da População de Igarapé, 2014

Nº de Indivíduos	0-4	5-9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60 e +	Total
Feminino	2982	884	669	1870	1893	3879	4320	5206	21700
Masculino	991	462	380	718	694	2098	3220	3739	12300
Total	3973	1346	1046	2588	2585	5977	7540	8945	34000

Fonte: IBGE (2014)

A taxa de crescimento anual do Município é de 1.35%, sendo que a população do Estado Minas Gerais cresce a uma taxa de 0.9% e, no Brasil, a taxa é de 1.17% por ano.

A Unidade Básica de Saúde (UBS), onde trabalho , denominada de Programa Saúde da Família (PSF) PSF Pousada Del Rey, situa-se geograficamente à Av. Chico da Silva número 59, no Bairro Pousada Del Rey, distando-se no centro da cidade aproximadamente 4 km. A topografia de região é semiplana e apenas 30% das ruas são pavimentadas. A população possui rede pluvial e o bairro é servido por 2 linhas de ônibus, fazendo uma ligação de bairro á centro, com uma população de 4184 habitantes. Nossa UBS funciona de segunda feira a sexta feira de 7:00 a 17:00 horas.

O PSF foi implantado em Igarapé, no ano de 2001, cobrindo 68% da população. A rede de serviços de saúde do município está distribuída territorialmente em oito postos de saúde, uma policlínica, um centro de especialidades médica e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Essa estrutura garante a população o acesso aos serviços básicos, bem como aos especializados e a Assistência hospitalar. O Programa de Saúde da Família tem por objetivo integrar as ações de promoção, vigilância, recuperação e reabilitação de saúde, reorganizar a assistência básica e contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde. Em nosso município os encaminhamentos urgentes se fazem todos ao Hospital Municipal e Hospital da Maternidade, isto é, as situações de adoecimento que não podem ser solucionadas dentro do município e são encaminhadas para especialistas em Belo Horizonte através do Consórcio Intermunicipal de Saúde, atendimento de Hemodiálise, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Renascer, além do Centro Especializado de Reabilitação que oferece atendimentos de equipe multidisciplinar.

Em nosso município funciona a rede de saúde de mediana complexidade devido a que ademais das consultas de medicina geral que prestam as unidades de saúde também prestam assistência pediatras, ginecologistas, cardiologistas, e outros profissionais assim como psicologia, nutrição e fisioterapia com suas respectivas consultas, formando parte de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A Equipe de Saúde da Família é composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, um dentista, uma auxiliar de saúde bucal, um atendente de portaria.

A infraestrutura física da unidade é adequada, sendo a construção de alvenaria, ventilação e iluminação adequada. A estrutura é composta de: uma sala de vacina, uma sala de curativo, uma sala de coleta de exames que esta sendo utilizada para sala de ECG, uma sala de procedimentos, uma sala de observação, um consultório médico, um consultório odontológico, um consultório ginecológico, uma farmácia, uma sala de espera, uma recepção, dois sanitários femininos, dois sanitários masculinos, uma sala de administração, uma sala de ACS, uma cozinha, um almoxarifado, uma sala de esterilização.

Na realidade da equipe de PSF Pousada del Rey são constantes os atendimentos de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Esta apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce que não requer tecnologia sofisticada. Esta doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na atenção básica. Numerosos estudos têm demonstrado a associação da hipertensão com desenvolvimento de doenças mais letais, ademais de isso seu controle reduz a mobilidade e mortalidade de doenças Cérebro Vascular, Insuficiência Cardíaca, Cardiopatia Isquêmica e Insuficiência Renal.

O critério para definição da hipertensão é obtido quando a média da pressão arterial sistólica é igual ou maior que 140 mmHg e/ou a diastólica é igual ou maior que 90 mmHg em indivíduos maiores de 18 anos. Quando a pressão sistólica e diastólica de um paciente se situarem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do comportamento da pressão arterial, sendo esta a classificação mais recente e preconizada pela sociedade brasileira de cardiologia baseada em parâmetro norte americano (CAMPOS *et al.*, 2001).

A partir de 115 mmHg de pressão arterial sistólica e de 75 mmHg de pressão diastólica, o risco para eventos cardiovasculares aumenta de forma constante, dobrando a cada 20 mmHg no primeiro caso e a cada 10 mmHg no segundo caso. Os valores de 140 mmHg para pressão arterial sistólica e de 90 mmHg para pressão arterial diastólica, empregados para diagnóstico de HAS, correspondem ao momento em que a duplicação de risco repercute de forma mais acentuada, pois já parte de risco anterior mais elevado (BRASIL, 2002).

A HAS é considerada um dos maiores fatores de risco para as doenças cardiovasculares, ocorrência do acidente vascular cerebral, tromboembólico ou hemorrágico, infarto agudo do miocárdio, aneurisma arterial (por exemplo, aneurisma da aorta), doença arterial periférica, além de ser uma das causas de insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca, sendo um dos grandes desencadeadores de eventos cardiovasculares fatais (IRIGOYEN *et al.*, 2003).

Segundo Rigoyen *et al.* (2003), diversos fatores de risco influenciam diretamente o desenvolvimento de hipertensão arterial, entre eles destacam-se: a idade, a faixa etária acima de 60 anos há uma prevalência superior a 60%, o sexo, onde a prevalência global entre homens e mulheres é semelhante. A HAS é mais prevalente em indivíduos com menor escolaridade; a ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação de pressão arterial (PA). O indivíduo fumante é mais propenso a ter HAS e a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular. O sedentarismo aumenta o risco de HAS em 30% quando comparado com indivíduos ativos (FISHER; WILLIAMS, 2005).

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta incidência, prevalência e baixas taxas de controle da hipertensão arterial entre os pacientes da comunidade, pelo aumento de invalidez, aposentadoria precoce, aumento na mortalidade e pacientes com hipertensão arterial portadores das complicações e suas consequências. É considerado um dos principais fatores de risco modificáveis, e dos mais importantes problemas de saúde pública.

Na realidade da equipe são constantes os atendimentos de pacientes com HAS, com mau controle, que evoluíram com complicações graves, mas possivelmente evitáveis, como o infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico, insuficiência renal crônica. Além disso, são frequentes os casos de pacientes com descompensações agudas dos níveis de PA, que sobrecarregam a demanda espontânea. A falta de adesão dos usuários às mudanças de estilo de vida e ao tratamento adequado das HAS também é evidente durante as consultas médicas e enfermagem.

Em nosso PSF, a prevalência de hipertensão arterial é 28,3%. Há na área de abrangência usuários com complicações devido a essas doenças, como invalidez parcial ou total, com graves repercussões para o usuário, a sua família e a sociedade. Acreditamos muito importante fazer um projeto de intervenção para evitar as complicações derivadas da HAS.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um plano de intervenção para controle dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica para diminuir a incidência de complicações por esta doença no PSF Pousada del Rey, Igarapé.

3.2 Específicos

- Melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos.
- Aumentar o nível de informação dos pacientes sobre Hipertensão Arterial e seus riscos.
- Melhorar a adesão de hipertensos ao tratamento.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme os textos da seção 2 do módulo de Planejamento e avaliação de ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O Projeto de Intervenção foi estruturado e programado com a mudança no processo de trabalho da equipe, incorporando um maior número de ações de saúde, encaminhadas a incorporar estilos de vida saudáveis na população de hipertensos através de palestras educativas em parcerias com a equipe do NASF e os orientadores físicos. Serão utilizados nas palestras folders, vídeos, e conhecimento específico de cada palestrante (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista, educador físico). Após as atividades educativas os pacientes consultarão com o médico e terão suas receitas de medicamentos anti-hipertensivos renovadas apenas neste momento, incentivando desta forma o paciente a participar no projeto.

Para fundamentar o projeto de intervenção foi realizada revisão narrativa da literatura sobre o tema, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores: hipertensão, atenção primária em saúde e educação em saúde.

A intervenção é importante no contexto da PSF porque permitirá a melhora do cadastramento de usuários com HAS e a qualidade de atenção dos usuários, assim como a participação deles em atividades de grupo, promovendo dessa forma a diminuição das complicações destas doenças.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis altos e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmHg). Normalmente se liga às alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo bem como às alterações metabólicas, com crescente risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS tem alta prevalência mas baixas taxas de controle. Sua mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta, com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma unidimensional, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No Quadro 2 está disponibilizada a classificação da PA para pessoas maiores de 18 anos, no consultório, de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão de Hipertensão

Quadro 2: Classificação da pressão arterial de acordo com a média casual no consultório (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	\geq 180	\geq 110
Hipertensão sistólica isolada	\geq 140	< 90

Fonte: (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.8).

Quando as pressões sistólicas e diastólicas se situam em categorias diferentes, maior deve ser utilizada para a classificação da pressão arterial.

A maioria dos pacientes hipertensos é assintomática. O diagnóstico de HAS é feito pela obtenção de medida da PA. As DBH VI 1 apontam (Quadro 3) os procedimentos adequados para a obtenção da medida da pressão arterial

Quadro 3: Procedimentos para obtenção da Pressão Arterial segundo as DBH VI.1

Preparo do paciente:

1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.
2. Certificar-se de que o paciente NÃO: • Está com a bexiga cheia • Praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos • Ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos • Fumou nos 30 minutos anteriores.
3. Posicionamento do paciente Deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido (NOBRE *et al.*, 2013, p. 261)

Pesquisa realizada por Radovanovic *et al.* (2014, p.551) mostrou que a hipertensão é maior entre as pessoas do sexo feminino e a prevalência aumentou com o avançar da idade e as “pessoas na faixa etária dos 50 aos 59 anos apresentaram 5,35 vezes mais chances de serem hipertensas do que as da faixa etária de 20 a 29 anos”.

Radovanovic *et al.* (2014) ainda encontraram que o número de pessoas adultas que se autorreferiram como hipertensas é alto e os fatores de risco agregados à hipertensão identificados apontaram ser um desafio para os profissionais de saúde trabalhar com esa população tendo em vista que esses fatores refletem hábitos da vida atual, como tabagismo, alimentação inadequada e sedentarismo. Esses fatores desencadeiam problemas de saúde como o diabetes mellitus, a obesidade e a dislipidemia que tem ligação com a hipertensão arterial e é importante causa conhecida de morbimortalidade em adultos, no Brasil e no mundo.

Quanto ao tratamento da HAS, diversos estudos têm mostrado que há vários fatores relacionados à ausência de resposta ao tratamento anti-hipertensivo e, dentre esses, a não-adesão ao tratamento tem sido um dos grandes desafios no que diz respeito ao diagnóstico e à interrupção do tratamento. No Brasil, a não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo pode ser analisada pelo quantitativo alto de acidentes vasculares encefálicos como causa de morte.

Giroto *et al.* (2013) encontraram em pesquisa realizada diferentes níveis de adesão. No tratamento não medicamentoso, acharam baixos níveis de adesão à atividade física, mas em relação à dieta notaram alta taxa de adesão principalmente em relação à diminuição do consumo de sal. Inferiram que as pessoas hipertensas agregam o controle da hipertensão à diminuição de sal, por exemplo, e não ao consumo de alimentos protetores, como frutas, verduras e legumes.

Para tentar maior adesão ao tratamento, Giroto *et al.* (2013) afirmam que a implantação e desenvolvimento de estratégias educacionais que mudem o foco da assistência sobre procedimentos para a realização de cuidados integrais além de importantes podem surtir efeitos desejados. Dentre essas estratégias, sugerem o trabalho em grupo por equipe interdisciplinar.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Em nossa equipe foram identificados os principais problemas que afetam a população de nosso PSF. Isto foi discutido em uma reunião com toda equipe para assim chegar ao estabelecimento dos problemas prioritário.

Problemas de saúde encontrados por meio do diagnóstico situacional

- 1-Alta incidência de verminose intestinal.
- 2-Elevado número de pessoas que sofrem de Diabetes Mellitus.
- 3-Elevado índice de fumantes.
- 4-Alta prevalência de depressão e ansiedade.
- 5-Elevado número de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica.
- 6-Alta incidência de doenças respiratórias.
- 7-Alto índice de Alcoolismo.
- 8-Desemprego.
- 9-Sedentarismo e obesidade.

Depois de estabelecer a ordem de prioridade ficam assim os problemas:

- 1- Alta prevalência de depressão e ansiedade.
- 2- Elevado número de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica.
- 3- Elevado número de pessoas que sofrem de Diabetes Mellitus.
- 4-Alto índice de Alcoolismo.
- 5- Elevado índice de fumantes.
- 6- Alta incidência de doenças respiratórias.
- 7-. Alta incidência de Verminose Intestinal.
- 8- Sedentarismo e obesidade
- 9- Desemprego.

O problema priorizado pela equipe foi a alta incidência de pacientes com hipertensão arterial. Isto porque no Brasil , a maioria das pessoas desconhece que são

portadoras de hipertensão e a equipe compreendeu que tem é urgente e viável tratar dessa doença no momento.

Os nós críticos identificados para a HAS foram:

- 1.- Hábitos e estilos de vida inadequados.
- 2- Baixa adesão ao tratamento.
- 3.- Baixo nível de informação sobre as complicações.
- 4.- Estrutura do Sistema de Saúde.

Tendo como referência esses nós críticos, foi elaborado o plano de ação conforme quadro 4 .

Quadro 4: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema de HAS.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Hábitos e estilos de vida inadequados	<i>Vida saudável</i>	Número de sedentários, obesos e dislipidemicos diminuído em 15% no primeiro ano.	Programas Educacionais com população vulnerável.	Equipe de Saúde Medico. Enfermagem.	Três meses.
Baixa adesão ao tratamento.	<i>Sou presente.</i>	Tratamento com 95 % dos pacientes hipertensos cadastrados e aderidos.	Grupos educativos. Visitas domiciliares aos pacientes faltosos	Equipe de saúde.	Três Meses
Baixo nível de informação sobre as		População mais informada sobre a HAS e os	Grupos educativos	Equipe de Saúde.	Três Meses .

complicações	<i>Mais saber.</i>	riscos.	com população vulnerável		
Estrutura do Sistema de Saúde	<i>Melhor estrutura.</i>	Garantia de exames previstos a todos os pacientes portadores e os casos novos. Consultas agendadas e realizadas .	Capacitação do pessoal. Contratação de compra de exames e consultas especializadas.	Secretária de Saúde do Município+ Ministério de Saúde e Ação Social.	Três meses

Para este projeto de intervenção serão utilizados como recursos humanos a equipe de saúde da família, a equipe de apoio do NASF e orientadores físicos, todos são membros da atenção básica, envolvidos no processo de trabalho do PSF.

As ações desenvolvidas na unidade de saúde incluem imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais. A equipe de saúde realiza ações educativas e atividades em grupo com hipertensos, nos ambientes da unidade de saúde e em espaços comunitários. Os grupos ocorrem uma vez por mês e todos os membros da equipe participam. As orientações sobre a prática de atividade física regular e alimentação saudável são fornecidas a 100% dos usuários. São utilizados os protocolos de atendimento do Ministério de saúde. (BRASIL.2013)

Os atendimentos são registrados em prontuários clínicos organizados por família. Todos os dias acontecem atendimentos a demanda espontânea, pela manhã e à tarde.

O processo de acolhimento é realizado todo o dia, e o primeiro contato é na recepção com duração de 10 minutos; durante esse tempo é solicitado ao usuário documento de identidade, cartão do SUS e comprovante de residência para

completar o cadastro. Utilizamos a triagem tradicional. Após o atendimento, o usuário sai com a próxima consulta agendada segundo o protocolo de atendimentos da Unidade. Assim, aqueles com HAS tem acompanhamento a cada três meses. O acompanhamento é feito pelo médico e enfermeira da equipe. (BRASIL.2013)

Este projeto de intervenção visa atingir 100% dos pacientes hipertensos cadastrados na unidade, tendo em conta fatores de risco (obesos, tabagistas e sedentários).

O projeto será desenvolvido no período de 12 meses.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS, assim como outras doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, apresenta altas taxas de prevalência e reduzido controle adequado na atenção básica a saúde. Por ser passível de diagnóstico precoce e controle adequado por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas, propostas como a do plano de intervenção em questão são importantes por contribuir otimizando o controle das complicações na população acometida pela HAS. Com isso busca-se reduzir a morbimortalidade relacionada a HAS e suas complicações.

Mesmo com as dificuldades, a implementação do plano de ação proposto tem diversas vantagens, como a possibilidade de diagnóstico adequado e precoce das complicações das HAS em diversos pacientes, a classificação de risco auxiliando a prevenção, priorização das medidas de promoção à saúde. Outra vantagem do projeto é a priorização das atividades coletivas como o grupo de hipertensos e as palestras informativas, com objetivo de aumentar a adesão da equipe às ações preventivas destinadas à população em geral. Acredita-se que, aumentando a adesão da população às mudanças de estilo de vida, ao uso correto das medicações e estimulando a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e de bem estar, o projeto contribuirá de forma significativa para melhoria das condições de saúde e de vida da população.

REFERENCIAS

BLOCH, Katia Vergetti; MELO, André Nascimento de; NOGUEIRA, Armando R.. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 12, p. 2979-2984, Dec. 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012** : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília : Ministério da Saúde, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

CAMPOS Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il.

CAMPOS, R.; COLOMBARI, E; CRAVO, S; LOPES, O.U..hipertensão arterial: O eu tem a dizer o sistema nervoso.**Rev.Bras hipertens**. 2001.

FISHER, N.D. WILLIAMS, G.H . Hypertensive Vascular Disease. IN: KASPER, D.L. *et al*. **Harrison's Principles of Internal Medicine**.16th ed. New York, NY: McGraw-Hill. p. 1463–81.

GIROTTTO, E.; ANDRADE, S.M. .; CABRERA, M. A. S.; MATSUO, TI. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 6, p. 1763-1772, 2013

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>.

IRIGOYEN, M.C.; IACCHINI, S; De ANGELIS, C. Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos; **Rev. Soc.cardiol**. v. 13, n. 1, 2003.

NOBRE, F.; COELHO, E. B.; LOPES, P; C. R .; GELEILETE, T. J. M. Hipertensão arterial sistêmica arterial sistêmica primária. **Medicina** v.46, n. 3, p. 256-72, 2013

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPÉ . 2015. Disponível em www.igarape.mg.gov.br

RADOVANOVIC ,C.A.T.; SANTOS, L.A.; CARVALHO, M.D.B.; MARCON, S.S. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.22, n. 4, p. 547-53 , 2014.