

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

ISAAC HERMES SAMPAIO

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHOR ADESÃO DOS
HIPERTENSOS AO TRATAMENTO PROPOSTO PELA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO PEDRO I EM GOVERNADOR
VALADARES-MG

GOVERNADOR VALADARES – MG
2017

ISAAC HERMES SAMPAIO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHOR ADESÃO DOS
HIPERTENSOS AO TRATAMENTO PROPOSTO PELA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO PEDRO I EM GOVERNADOR
VALADARES-MG**

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

Orientadora: Profª Drª Regina Maura Rezende

GOVERNADOR VALADARES

2017

ISAAC HERMES SAMPAIO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHOR ADESÃO DOS
HIPERTENSOS AO TRATAMENTO PROPOSTO PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO PEDRO I EM
GOVERNADOR VALADARES-MG**

Banca examinadora

Professora. Dra. Regina Maura Rezende – Universidade Federal do
Triângulo Mineiro – UFTM

Professor (a) Ms Zilda Cristina dos Santos, Universidade Federal do
Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, em 14 de setembro de 2017.

RESUMO

Este projeto de intervenção aborda o tema da hipertensão arterial sistêmica, bem como suas complicações e propõe formas de manejo da doença a partir da participação ativa do usuário numa troca de saberes junto aos profissionais de saúde. A hipertensão quando bem compensada e com bom controle dos índices pressóricos, aliados à dieta hipossódica, atividade física adequada e uso correto dos medicamentos, possibilita ao paciente uma boa qualidade de vida, ao mesmo tempo que reduz as chances das consequências e prejuízos. O profissional pode inserir-se neste contexto por meio do processo de educação em saúde, levando informações e promovendo um sujeito ativo no processo de adoecimento. O objetivo do trabalho foi propor um plano de intervenção para aumentar a adesão dos usuários hipertensos ao tratamento proposto pela ESF São Pedro I em Governador Valadares – MG. O método utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES), realizou-se o diagnóstico situacional de saúde, através do qual foram levantados dados por meio de prontuários dos usuários, e o problema encontrado e priorizado foi o grande número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde. De acordo com o problema priorizado na unidade foi necessária revisão de literatura com material científico para abordar o referencial teórico sobre o tema proposto e posteriormente elaborou-se o Plano de ação no qual sugere-se formação de grupos operativos, palestras reflexivas abordando o tema específico. A importância deste trabalho é promover um espaço de vínculo entre hipertensos e profissionais da saúde da ESF e redução dos agravos da doença.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica, educação em saúde, atenção básica à saúde.

ABSTRACT

This intervention project addresses the topic of systemic arterial hypertension, as well as its complications and proposes ways of managing the disease from the active participation of the user in an exchange of knowledge with health professionals. Hypertension, when well compensated and with good control of the blood pressure index, together with the hyposodic diet, adequate physical activity and correct use of the medicines, allows the patient a good quality of life, while reducing the chances of consequences and losses. The professional can be inserted in this context through the process of health education, taking information and promoting an active subject in the process of illness. The objective of this study was to propose an intervention plan aimed at increasing the adherence of hypertensive users to the treatment proposed by ESF São Pedro I in Governador Valadares – MG. The method used was Situational Strategic Planning (PES), the diagnosis was made Situation of health, through which data were collected through patient records, and the problem encountered and prioritized was the large number of hypertensives enrolled in the health unit. According to the problem prioritized in the unit, it was necessary to review the literature with scientific material to address the theoretical reference on the proposed theme and later elaborated the Action Plan in which it is suggested the formation of operative groups, reflective lectures addressing the specific theme. The importance of this work is to promote a space of link between hypertensive and health professionals of the FHT and reduction of the diseases.

Key words: Systemic arterial hypertension, health education, basic care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS Atenção Básica à Saúde

ASB Auxiliar de Saúde Bucal

ACS Agentes Comunitários em Saúde

AVE Acidente Vascular Encefálico

BIREME – Centro Latino Americano e do Caribe de informação em Ciência da Saúde

CADEF Centro de Apoio ao Deficiente Físico

CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CREDENPS – Centro de Referência Doenças Endêmicas e Programas Especiais

CV - Cardiovascular

DAP – Doença Arterial Periférica

DC – Doenças Crônicas

DM – Diabetes Melitus

DRC – Doença renal crônica

ESF – Estratégia Saúde da Família

GIAC - Grupo Inclusivo de Auto Cuidado

GV – Governador Valadares

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

IAM – Infarto agudo do miocárdio

IC – Insuficiência cardíaca

HM – Hospital Municipal

LOA – Lesões de órgãos alvo

MEV – Modificação do estilo de vida

MG – Minas Gerais

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PA – Pressão arterial

PES – Planejamento Estratégico Situacional

SUS – Sistema Único de saúde

SCIELO – Scientific Eletronic Library Online

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UAPS – Unidade de Atenção Primária à Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 -Aspectos gerais do município.....	10
1.2 .2 Rede de serviços.....	12
1.3 Comunidade da ESF São Pedro I.....	13
1.4 A unidade de saúde.....	13
1.5 Funcionamento da unidade.....	15
1.6 O trabalho da ESF.....	16
2 JUSTIFICATIVA.....	19
3 OBJETIVOS.....	20
4 METODOLOGIA.....	21
4.1 DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS	21
4.2. Priorização dos problemas	22
4.3 Definição do problema	23
4.4 Descrição do problema.....	23
4.5 Explicação do problema	24
4.6 Seleção dos nós críticos do problema.....	25
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	26
5.1 A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	26
5.2 A HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....	28
5.2.1 Tratamento medicamentoso da hipertensão.....	29
5.2.2 Tratamento não medicamentoso da hipertensão.....	30
6 PLANO DE AÇÃO	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
8 REFERÊNCIAS.....	38

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho, executado na área de abrangência da ESF São Pedro I em Governador Valadares, objetiva melhorar a adesão dos hipertensos ao tratamento. Por meio do método advindo do Planejamento Estratégico Situacional, levantou-se um diagnóstico situacional da unidade de saúde, priorizou-se o problema da unidade a ser enfrentado, realizou-se uma revisão da literatura científica que desse embasamento teórico ao estudo e, em seguida, realizou-se um plano de ação com o foco na demanda de atenção priorizada. Por meio desta proposta objetiva-se apresentar o Trabalho de Conclusão de Curso - TCC proposto na ESF. Primeiramente deve-se caracterizar o município de Governador Valadares (GV) e a área de abrangência da ESF São Pedro I, seguindo um modelo proposto pela atividade I de Planejamento em Saúde. Com o planejamento em saúde torna-se possível elaborar melhores formas de intervenções na área de atuação, pois partindo da realidade e problemática vivenciada em uma área, pode-se elaborar formas de enfrentamento e minimização do problema.

O planejamento significa pensar anteriormente e durante uma ação. São pensados os objetivos a serem alcançados a partir da problemática que encontramos, do caminho ou das ações que teremos de fazer para alcançar esses objetivos e com quais recursos precisamos contar.

Ao final, foi possível verificar que a hipertensão arterial sistêmica, por seu caráter silencioso em alguns casos, acaba por deixar o paciente mais passivo com relação ao seu processo de tratamento, o que pode agravar em alguns casos, neste sentido a equipe de saúde da família tem condições de trabalhar com esta demanda a fim de intervir nesta realidade, e amenizar os agravos da doença.

1.1 -ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO

Governador Valadares é um município brasileiro no interior do estado de Minas Gerais, e pertencente a microrregião de mesmo nome e a mesorregião do Vale do Rio Doce.

A cidade de Governador Valadares (GV) é também conhecida como Princesa do Vale, foi fundada em 1938, e conta atualmente com uma população aproximada de 279 665 habitantes (IBGE, 2016).

Na história do município de GV, consta que no século XIX, o Vale do Rio Doce foi repartido em Divisões Militares como estratégia de guerra ofensiva aos índios Botocudos. Neste contexto de luta é que surgiu a localidade que, mais tarde, deu origem ao distrito de Figueira, atual Governador Valadares. (ESPÍNDOLA, 2013).

Em 1907, foi inaugurada a estação ferroviária da Estrada de Ferro Vitória-Diamantina (Vitória-Minas), na localidade de Derribadinha, às margens do Rio Doce, no lado oposto ao povoado de Figueira. Em torno da estação, formou-se um vilarejo onde se instalaram fornecedores da estrada de ferro e um pequeno movimento comercial. Mas, três anos depois, com a construção da ponte sobre o Rio Doce e a inauguração da estação de Figueira, no dia 15 de agosto de 1910, todo o fluxo dinâmico se transfere e se consolida a posição desta vila como entreposto comercial da região. Com a estrada de ferro, chegaram os comerciantes e expandiram-se as plantações de café e a extração da madeira de lei. (ESPÍNDOLA, 2013).

Em 1935, foi formado o Partido Emancipador de Figueira, destinado a comandar a luta pró-emancipação. Em 31 de dezembro de 1937, finalmente, foi criado o Município de Figueira, desmembrado de Peçanha por ato do governador Benedito Valadares. O Decreto de Lei nº 148, de 17 de dezembro de 1938, mudou o nome para Governador Valadares. (ESPÍNDOLA, 2013).

Em 1940, a população de GV chegou a 5.734 habitantes, quando se iniciou o grande crescimento da economia regional. O Município beneficiou-se da crescente exploração dos recursos naturais: madeira, pedras preciosas, mica e solos férteis. Em 1950, a população cresceu para 20.357 habitantes. Dez anos depois, atingiu a espetacular cifra de 70.494 habitantes. (ESPÍNDOLA, 2013).

Em 1993, calculou-se que cerca de 27.000 valadarenses haviam emigrado para o exterior, grande parte deles na faixa entre 16 e 35 anos. Os dólares enviados pelos emigrantes movimentaram a indústria da construção civil, o comércio e propiciaram a abertura de muitos negócios.

Desde 1980, GV é um município de população predominantemente urbana, característica que vem sendo ratificada pelo aumento do grau de urbanização, sendo este resultado da combinação de crescimentos populacionais urbanos positivos, e, de recuos da população rural. GV conta com uma extensão territorial de 2.342 Km², com densidade demográfica de 80,19 hab/Km². (IBGE, 2016).

O principal setor da economia municipal é a prestação de serviços, incluídos aqui os serviços sociais e de auxílio à atividade econômica. Percebeu-se uma queda do setor primário nos últimos anos. As principais atividades são comércio, indústria, atividades imobiliárias, construção civil.

1.3 REDE DE SERVIÇOS

A rede de serviços de saúde do município de Governador Valadares – MG visa prestar assistência à saúde da população de forma integralizada e em rede. A Atenção Básica foca suas ações na prevenção e promoção à saúde. A seguir, apresenta-se a saúde de forma geral na seguinte estrutura:

- **ATENÇÃO PRIMARIA:** 59 Estratégia saúde da Família, incluindo 5 na Zona rural em GV. Núcleo de Apoio à saúde da Família - NASF, Centro de Referência em assistência social - CRAS, Unidade Básica de Saúde - UBS, Centro de Referência Especializado em Assistência Social - CREAS, Centro de Referência em Saúde Mental - CERSAM.
- **ATENÇÃO ESPECIALIZADA:** Policlínica e Hospital Samaritano, Serviços de Hemodiálise e Tratamento Oncológico. Centro de Referência Doença Endêmica e Programas Especiais - CREDENPS, Centro de Apoio ao deficiente Físico - CADEF.
- **ATENÇÃO DE URGENCIA E EMERGENCIA:** Hospital Municipal de Governador Valadares e Unidade de Pronto Atendimento - UPA
- **ATENÇÃO HOSPITALAR:** Hospital Municipal de Governador Valadares, Hospital Nossa Senhora das Graças, Hospital São Lucas, Hospital Samaritano.
- **APOIO DIAGNÓSTICO:** Policlínica e terceirizados
- **ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA:** Farmácia Distrital, funcionando na mesma estrutura da unidade. **VIGILÂNCIA DA SAÚDE:** Vigilância Sanitária e Epidemiológica
- **RELAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO:** Toda a rede de atenção a Saúde ainda precisa de melhor comunicação, pois ainda não temos a contra referências de alguns pontos de atenção, porém agora com a implantação do Sistema VIVER no município isto irá melhorar significativamente, pois o sistema interligará todos os pontos.
- **RELACÃO COM OUTROS MUNICIPIOS:** O Município de Governador Valadares por ser maior, recebe muitos municípios pequenos em seu

Hospital Municipal sobrecarregando assim, o Hospital que já possui muitos distritos. Porém, a UPA (foi criada para auxiliar e não sobrecarregar tanto o Hospital Municipal – HM).

- **MODELO DE ATENÇÃO: PREVENTIVO/** O modelo de atenção vigente no município caracteriza-se por ser em rede e ao mesmo tempo fragmentado, pois há vários dispositivos em saúde, porém, ainda insuficientes diante da demanda.

LISTA DE PROBLEMAS RELACIONADOS À REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE:

-> Poucos pontos de atenção que realizam a contra referência de seus serviços;

-> Sobrecarga de pacientes no Hospital Municipal devido ao alto número de distritos e municípios aos arredores que usam o serviço.

Fonte: (Dados da unidade de saúde, 2017)

1 3-COMUNIDADE DA ESF SÃO PEDRO I

A ESF São Pedro I abrange três bairros: Universitário, Santos Dumont I e Vila Mariquita.

A comunidade do Bairro Universitário é uma comunidade com uma condição econômica melhor favorecida, muitos possuem plano de saúde e utilizam desta forma pouco os serviços oferecidos.

A parte da comunidade do Bairro Santos Dumont I que é atendida pela Unidade se constitui em uma área de invasão, então, há ruas sem calçamento, com tráfico de drogas, desempregos, é uma comunidade mais carente.

A comunidade do Bairro Vila Mariquita é uma comunidade com uma condição socioeconômica mais baixa, possui uma população mais idosa, fica

localizada em uma área mais distante da unidade de saúde, e por isto, baixa adesão dos mesmos nos serviços oferecidos.

1.4 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA

A unidade ESF São Pedro, situa-se na Rua Pastoril, s/n, no bairro São Pedro, no município de Governador Valadares.

A Estratégia Saúde da Família São Pedro I possui em sua área de abrangência 1.785 moradores representando assim 0,67% da população do município, toda a área de abrangência está dividida em quatro micro-areas.

A ESF São Pedro I é um tipo de unidade básica da saúde com natureza de organização de administração direta da saúde sendo o ministério da saúde, a secretaria estadual de saúde e a secretaria municipal de saúde, a retenção de tributos é pública, pertencendo à esfera administrativa municipal em natureza jurídica de órgão público do poder executivo municipal sendo prestado um serviço público municipal com nível de atenção ambulatorial. A ESF São Pedro I foi fundada em 07 de dezembro de 2012. (Dados da unidade, 2017).

A unidade possui imóvel próprio, e foi construída dentro dos padrões estipulados pelo Ministério da Saúde, neste mesmo local, anteriormente funcionava uma Unidade de Atenção Primária à Saúde - UAPS, que era pertencente ao modelo antigo de atenção a saúde. Desta forma, não existiam agentes comunitários, e não eram realizadas, assim, visitas domiciliares por nenhum profissional de saúde.

A unidade é bem nova, ampla, com espaço destinado a todas as atividades pertinentes ao serviço, inclusive, áreas para grupos operativos e reuniões com a comunidade; o ponto negativo da estrutura da unidade é a sala de espera, pois não há circulação de ar, sendo que a mesma fica entre vários corredores e não possui janelas. A unidade está bem equipada com materiais necessários para os atendimentos, necessitando ainda, de materiais para atendimento de urgências e emergências como oxigênio, medicações, entre outros.

A ESF São Pedro I possui 10 profissionais sendo:

- 01 médico;
- 01 enfermeira;
- 04 agentes comunitários de saúde, distribuídas em 4 microáreas.
- 01 técnica de enfermagem;
- 01 odontóloga;
- 01 Auxiliar de Saúde Bucal - ASB;
- 01 Profissional para serviços gerais.

Todos estes profissionais cumprem uma jornada de 40 horas semanais e de 8 horas diárias, e, quase todos os funcionários trabalham em regime de contratação, exceto, a odontóloga e a ASB que são efetivas. A unidade também possui o NASF, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, onde os 05 profissionais atendem 8 horas semanais.

1.5 FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE

A Unidade encontra-se aberta à população de segunda a sexta-feira, das 07 às 17 horas. Atualmente uma ACS que possui apenas 50 famílias cadastradas em sua área de abrangência e, tem feito o papel também de auxiliar administrativo de 2ª a 5ª feira, uma vez que na sexta-feira, a mesma realiza suas visitas domiciliares. Já foi realizada a solicitação à coordenação de atenção Básica a inclusão de uma auxiliar administrativa para o setor, porém, ainda sem sucesso.

1.6 O TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A equipe tem desenvolvido muitas atividades voltadas à promoção de saúde, o médico realiza consultas da demanda espontânea e agendada, pré-natal, de risco cardiovascular dentre outros; a enfermeira atende consultas de pré-natal, puericultura, realiza coletas de exames para citopatológico do colo uterino, e ainda, administra o funcionamento e os funcionários da unidade; a ACS realiza diariamente as visitas domiciliares e serviços internos, e, a técnica

de enfermagem, realiza curativos, pré-consultas, preparação de materiais e vacinas.

**RELAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS À UNIDADE DE SAÚDE –
ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO.**

-> Falta de um funcionário exclusivo para a recepção

-> Falta de um profissional do setor de vacinas exclusivo para a função.

Fonte: Autoria Própria (2017).

1.7 OUTRAS ATIVIDADES:

- **GRUPOS:** a unidade realiza grupos operativos semanais e alguns mensais direcionados aos: Hipertensos, diabéticos, saúde mental, obesos, tabagistas, saúde bucal, gestantes, crianças, saúde na escola, Grupo inclusivo de autocuidado.
- **REUNIÕES:** a unidade realiza reuniões quinzenais com a equipe, com o NASF (matriciamento - estudo de casos) e, mensalmente, com a comunidade (conselho local)
- **PARCERIAS:** a unidade realiza parceria com a Escola Estadual Júlio Soares, visando um trabalho conjunto no que se refere à promoção em saúde.
- **PROJETOS:** GIAC (Grupo Inclusivo de Auto Cuidado) – a unidade realiza um grupo operativo em que qualquer usuário pode participar e, nesse grupo, são tratados e trabalhados vários temas.

1.8 - LISTA GERAL DE PROBLEMAS

→ DO SISTEMA LOCAL DE SAUDE

- A dificuldade no que se refere à contra referência e comunicação entre os setores da saúde.

→ DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA, DA UNIDADE DE SAÚDE.

- Falta de um funcionário exclusivo para a recepção
- Falta de uma profissional responsável pelo setor de vacinas na unidade.

→ PROBLEMAS DE SAÚDE PREVALENTES

Doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS e Diabetes Melitus - DM.

→ SANEAMENTO

Não apresenta problemas no momento.

→ EDUCAÇÃO

Grande parte da área comunidade é alfabetizada. O acesso à educação é suficiente.

→ DO TRABALHO DA EQUIPE

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Há bom relacionamento entre os membros da equipe. |
|---|

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença de grande ocorrência na atualidade, é considerada uma doença silenciosa e um problema de saúde pública.

Requer assistência diferenciada, em especial na atenção básica à saúde, pois ações específicas de controle e manejo precisam ser trabalhadas juntamente com paciente e família, para possibilitar troca de saberes e redução dos agravos da doença.

A escolha desta problemática para a implementação do presente projeto de intervenção – Trabalho de Conclusão de Curso –TCC se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial entre os usuários na comunidade na ESF São Pedro I, bem como pelo grande número de pessoas com níveis pressóricos não controlados, e, ainda, pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências.

A equipe participou ativamente da análise dos problemas levantados, e considerou que em nível local têm-se recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, portanto, a proposta é viável.

A HAS quando descompensada pode gerar várias consequências ao usuário, como doenças cardiovasculares, insuficiência renal crônica, acidentes vasculares entre outros (LIMA, 2010). Contudo, em muitas situações o paciente não tem conhecimento dos agravos que a doença pode acometer, desta forma, não se cuidam e nem buscam formas de controle dos níveis pressóricos.

Este trabalho apresenta sua relevância na medida que visa intervir na área prática de uma realidade vivenciada pelos usuários e profissionais em saúde, desta forma possibilita a reflexão e mudança por parte dos hipertensos. Os benefícios são apresentados a partir do momento que o hipertenso poderá repensar suas ações e papel no adoecimento e ao mesmo tempo que se objetiva reduzir os agravos da doença e possibilitar uma melhor qualidade de vida do mesmo

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Propor um plano de intervenção objetivando aumentar a adesão dos usuários hipertensos ao tratamento proposto pela ESF São Pedro I em Governador Valadares – MG.

3.1 Objetivos Específicos

- Orientar os usuários sobre hipertensão e agravos da mesma;
- Fortalecer as ações do grupo Hiperdia incluindo temas específicos como nutrição e atividades físicas do hipertenso.
- Oferecer palestras educativas, formação de grupos operativos e distribuição de materiais que possa ser abordado os temas à demanda específica.

4 METODOLOGIA

O método Planejamento Estratégico Situacional - PES, é um método composto por 10 passos, que parte de um diagnóstico situacional da unidade de saúde.

Para o presente projeto de intervenção, foram realizados os seguintes passos:

1. Definição dos Problemas;
2. Priorização dos problemas;
3. Descrição dos problemas;
4. Explicação do problema;
5. Seleção dos nós críticos.

4.1 Definição de Problemas

Numa comunidade existem vários problemas, e na unidade de saúde que é realizado o presente trabalho não é diferente.

Os dados levantados a seguir partiram do método de Estimativa Rápida, utilizando duas fontes principais: registros escritos da unidade e de observação ativa da área.

A principal fonte de dados foi por meio dos registros escritos. Os prontuários médicos também foram revisados e identificados na problemática. Cabe destacar que foi necessário o trabalho com a história oral dos sujeitos da equipe e usuários, sobretudo, para colher dados acerca da realidade institucional. Logo, a investigação participante ofertou condições de obter informações relevantes para diagnóstico do presente projeto de intervenção.

A observação ativa da área foi realizada durante as visitas domiciliares. O médico faz as visitas, junto às ACS, a fim de conhecer melhor a forma e condição de saúde da população. Também nas consultas médicas possibilitou-se a coleta de dados.

Após a definição dos problemas, a equipe procedeu-se à priorização dos mesmos. Como sugerido por Campos *et al* (2010), os critérios para priorização dos problemas foram: sua importância, a capacidade de enfrenta-los (se a

solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe).

Na unidade há dificuldades relacionadas ao uso abusivo de psicotrópicos, forma de trabalho inadequada da equipe de saúde, carência de profissionais especializados, alto índice de hipertensos e baixa adesão às atividades da ESF, destacando este entre as demais dificuldades na unidade.

4.2 Priorização de Problemas:

Priorizou-se a hipertensão arterial sistêmica e a baixa adesão ao tratamento, devido a capacidade de enfrentamento e pelo grau de importância.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfretamento	Seleção
Baixa adesão dos hipertensos das atividades da ESF	Alta	7	Parcial	1
Baixa adesão dos diabéticos das atividades da ESF	Alta	4	Parcial	2
Alto número de troca de receitas	Alta	3	Fora	3
Uso abusivo de psicotrópicos	Alta	3	Parcial	3
Forma de trabalho inadequada pelas técnicas em enfermagem (triagem)	Alta	5	Parcial	2

Fonte: Autoria Própria (2017).

4.3 Definição dos Problemas

Seguindo estes passos abordados foi possível detectar, através dos registros em prontuários na unidade, que a hipertensão arterial sistêmica é um fator preocupante e de grande ocorrência na área de abrangência.

O material pesquisado na revisão bibliográfica foi feito por meio de pesquisa de materiais e artigos científicos, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Bireme e Scielo com os descritores: hipertensão arterial sistêmica, educação em saúde, qualidade de vida e planejamento em saúde.

4.4 Descrição do problema selecionado

Após a priorização dos problemas apontados pela equipe da ESF São Pedro I, foi escolhido como alvo de atenção especial, com avaliação dos conhecimentos e procedimentos para seu enfrentamento, devido ao seu elevado grau de importância e procedência na região e à dificuldade de adesão dos usuários ao tratamento, baixa participação nos grupos, bem como a falta de conscientização dos agravos da doença futuramente.

A HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial -PA pela medida casual. A Pressão arterial deve ser avaliada em toda consulta médica de qualquer especialidade ou por qualquer profissional da saúde (MINAS GERAIS, 2006).

A HAS também é considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, cerebrovasculares, renais e arteriais periféricas.

A doença também é caracterizada como um dos principais fatores de risco cardiovascular, e pode resultar em consequências graves a vários órgãos como o coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos; é considerada um grave problema de saúde pública pela sua cronicidade, e também pelos custos com internações, pela incapacitação por invalidez e aposentadoria precoce. (CARVALHO, 2013).

Descritores do Problema	Número de casos	Fonte
Hipertensos Cadastrados no Município de GV	21599	SIAB
Hipertensos Cadastrados na Equipe ESF São Pedro	500	Registro da Equipe
Hipertensos acima de 60 anos	100	Registro da Equipe
Hipertensos que não possuem bom controle pressórico	300	Registro da Equipe

Fonte: Autoria Própria (2017).

4.5 Explicação do problema selecionado

Sabe-se que a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, e é avaliada como um dos principais fatores de risco modificáveis, sendo também considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública no momento.

Por se tratar de uma patologia crônica, o autocuidado da HAS é permanente e durando por toda a vida do indivíduo. A aceitação e adesão ao plano terapêutico somente ocorrerá à medida que o paciente conheça de fato a doença e suas complicações e os benefícios consequentes do alcance e da manutenção das metas instituídas. (MINAS GERAIS, 2006).

Fatores genéticos associados ao envelhecimento populacional e também aos fatores de risco (obesidade, sedentarismo, padrão alimentar), propiciam o desenvolvimento da Hipertensão. Quando ainda há a falta de aderência ao tratamento juntamente ao estilo de vida inadequado ocorre a HAS descompensada e se observa os agravos da doença como:

- 1 Aumento de risco cardiovasculares
- 2 Doença renal crônica
- 3 Acidente vascular cerebral
- 4 Perda de produtividade
- 5 Aumento de custos para o sistema de saúde
- 6 Aumento de internações

4.6 Seleção de nós críticos:

Foram identificados alguns nós críticos para o enfrentamento do problema da HAS na atenção básica:

- Nível de informação da população: O conhecimento da população acerca de sua doença às vezes é insuficiente e, às vezes também, estes não buscam envolver-se no tratamento. Por isso, o plano de ação deve alcançar os usuários informando-os sobre a HAS.
- Questões sociais, nível de escolaridade: Condições de compreensão do usuário, analfabetismo, ausência de algum acompanhante ou familiar comprometido em casos de idosos; estes itens dificultam a melhor adesão ao tratamento.
- Forma de trabalho inadequado da equipe da ESF para enfrentar o problema: Muitas vezes a capacidade dos profissionais para o acolhimento, vínculo e planejamento para organizar o trabalho com os hipertensos acaba por reduzir a participação dos usuários em seu adoecimento
- Hábitos e estilo de vida da população: os hipertensos, na maioria, ainda mantêm hábitos inadequados para o controle da doença. Desta forma, o plano de ação irá trabalhar focando a mudança de novos hábitos de vida saudáveis.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

De acordo com as VII Diretriz Brasileira de Cardiologia, (2016), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial que se caracteriza por uma elevação sustentada dos níveis pressóricos >140 e ou 90 mmHg. A HAS também se relaciona à presença de outros fatores de risco como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melitus (DM).

A doença também se associa a eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos principais problemas de saúde pública na atualidade. (BRANDÃO, 2010).

Uma pesquisa norte-americana de 2015, revelou que a HA estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de IAM, 77 % de AVE, 75 % com IC e 60% com DAP, "A HAS é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes por AVE". (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

No Brasil, a doença atinge 36 milhões de indivíduos adultos, mais de 60% de idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50 % das mortes por doença cardiovascular (DCV). Juntamente com a DM as suas complicações cardíacas, renais e AVE tem impacto elevado na perda da produtividade no trabalho e da renda familiar.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Hipertensão Arterial Sistêmica além de causar alta morbimortalidade, apresenta perda importante na qualidade de vida, reforçando a importância do diagnóstico precoce. (BRASIL, 2013).

Os fatores de risco para a HAS podem ser citados como: idade, pois segundo pesquisas há uma evidência entre envelhecimento e a prevalência da HAS, relacionada ao aumento da expectativa de vida da população brasileira,

aumento da população de idosos. Estudos realizados no Brasil demonstraram 68% de prevalência de HA em idosos.

Quanto a sexo e etnia, pesquisas apontam uma prevalência entre mulheres (24,2%) e pessoas de raça negra (24,2%), adultos pardos (20%) e brancos (22%). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O consumo excessivo de sódio, é um dos principais fatores de risco para a HA e se associa a eventos de CV e doença renal.

O consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a PA de forma consistente, O sedentarismo também contribui para o desenvolvimento da HAS.

Adultos com menor nível de escolaridade (sem instrução ou fundamental incompleto), apresentaram maior prevalência de HA auto referida (31,1%). A proporção diminui naqueles que completam o ensino fundamental (16,7%), em relação às pessoas com ensino superior a prevalência foi de (18,2%). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

As DCV ainda são responsáveis por alto número de internações, com custo socioeconômico elevado. Para Lopes et (2008), as doenças crônicas ocupam um lugar de grande importância na sociedade devido ao seu caráter cronicidade e incapacitação, com que se apresenta sendo comum deixar sequelas para o resto da vida das pessoas, por isso, a importância do diagnóstico preciso.

Para realização do diagnóstico da HAS deve-se ter uma avaliação inicial, isto inclui a confirmação do diagnóstico, a suspeição e identificação de causa secundária, além da avaliação do risco da CV. As lesões de órgão-alvo (LOA) e doenças associadas também devem ser investigadas. Fazem parte desta avaliação a medição da PA em consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica adequada e equipamentos validados, (história médica) pessoal e familiar, exame físico e investigação clínica e laboratorial. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Quadro 1: Classificação da PA de acordo com a medição causal ou no consultório a partir dos 18 anos de idade

CLASSIFICAÇÃO	PAS (mm Hg)	PAD (mmHg)
NORMAL	<120	<80
PRÉ-HIPERTENSÃO	121-139	81-89
HIPERTENSÃO ESTÁGIO 1	140-159	90-99
HIPERTENSÃO ESTÁGIO 2	160-179	100-109
HIPERTENSÃO ESTÁGIO 3	>180	>110

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

FONTE: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016.

5.2 A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA NA ATENÇÃO BÁSICA

As estratégias para prevenção do desenvolvimento da HA englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações da sociedade médicas e dos meios de comunicação. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

“O objetivo deve ser estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA e de FR associados, por meio da modificação do estilo e vida (MEV) e/ou uso regular de medicamentos”. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, assim como diagnóstico tardio e o curso prolongado e assintomático são fatores descritos como um dos principais desencadeadores dos agravos da HAS, suscitando o desenvolvimento de estudo na área. Estimativas indicam que o grau de não adesão mundial aos tratamentos de doenças crônicas (DC) varia de 25 a 50%. (BARRETO, 2014).

Uma explicação para a elevada taxa de não adesão é que muitos pacientes não compreendem a doença e o tratamento. O curso assintomático da HAS contribui para esta falta de entendimento e assim muitos indivíduos acabam acreditando que a doença é intermitente e pode ser tratada exclusivamente com terapias não farmacológicas, como alívio de estresse ou remédios caseiros. (BARRETO, 2014).

Para que os profissionais da saúde possam atuar de maneira mais eficaz, propondo e implementando ações que atendam às reais necessidades e demandas dessa população, é necessário identificar pacientes que não aderem ao tratamento, bem como suas características e os motivos pelos quais isto acontece. Observa-se que a falta de conhecimento, as crenças e mitos que os pacientes têm sobre sua patologia, a desmotivação para controlá-la, a inabilidade para associar seu comportamento com o manejo de situações adversas e as baixas expectativas no resultado do tratamento influenciam negativamente a adesão. (BARRETO, 2014).

Os achados de Silva et al, 2016, apontam que tanto nas cidades maiores, quanto às de pequeno porte, deve-se ter uma preocupação como problema de saúde pública e o conhecimento dos seus fatores determinantes, para isso é necessário que medidas e ações de prevenção possam ser aplicadas.

Desta forma, profissionais da saúde devem trabalhar com vistas à simplificação do esquema terapêutico, criar maior vínculo com a população e desenvolver atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos com o repasse das informações e sensibilização da população com HAS de sua área adscrita, abordando sobre a importância de se aderir corretamente tratamento da HAS. Mudanças no estilo de vida são recomendadas como prevenção

primária da HAS. Estas mudanças reduzem a PA e bem como a mortalidade cardiovascular. BARRETO, 2014).

No Brasil, é importante que a intensificação de programas de controle da HAS e outros fatores de risco cardiovasculares visando controlar ou reduzir esta prevalência por meio da prevenção e uma melhor qualidade de vida da população. “A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar doenças e deve ser metas prioritárias dos profissionais de saúde” (SILVA, ET AL, 2016).

5.2.1 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO

O tratamento da hipertensão visa a redução da morbimortalidade da CV. Existem evidências científicas que mostram benefícios do tratamento realizado com o uso de diuréticos (DIU), (GR: I; NE: A), BB (GR:I, NE:A), BCC (GR:I, NE:A), inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), (GR:I, NE:A) e bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II (BRA) (GR: I, NE:A). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Todos os medicamentos anti-hipertensivos disponíveis podem ser utilizados desde que sejam observadas as indicações e contraindicações específicas. A preferência inicial será sempre por aqueles em que haja comprovação de diminuição de eventos CV, ficando os demais reservados a casos especiais em que haja a necessidade da associação de múltiplos medicamentos para que sejam atingidas as metas da PA. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Anti-hipertensivos disponíveis

DIU (GR:I, NE:A)
Inibidores adrenérgicos
- Ação central – agonistas alfa – 2 centrais (GR: IIB ; NE :C)

BB Bloqueadores beta adrenérgicos (GR: I, NE, A)
Alfabloqueadores - bloqueadores alfa -1 adrenérgicos (GR: IIB; NE:c)
Vasodilatadores diretos GR: IIB; NE: C).
BCC (GR: I: NE;A)
IECA (GR: I; NE:A)
BRA (GR: NE:A)
Inibidor direto a renina ((GR, IIB; NE:C).

Fonte (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A monoterapia pode ser a estratégia anti-hipertensiva inicial para pacientes com hipertensão arterial estágio I e com risco cardiovascular baixo a moderado. (KOHLMANN, 2010).

Ainda para o autor, na terapêutica anti-hipertensiva combinada, com base em evidências de vários estudos mostrando que em cerca de 2/3 dos casos a monoterapia não foi suficiente para atingir as reduções de pressões previstas, e diante das demonstrações de que valores da pressão arterial mais baixos (130/80 mmHg) podem ser benéficos para pacientes com características peculiares:

- De alto e de muito alto risco cardiovascular;
- Diabéticos;
- Com doença renal crônica, mesmo que em fase incipiente;
- De prevenção e secundária de acidente vascular encefálico.

O esquema anti-hipertensivo deve manter a qualidade de vida do paciente, de modo a estimular a adesão às recomendações prescritas. (KOHLMANN, 2010).

5.2.3 TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO

O tratamento não medicamentoso da hipertensão envolve controle ponderal, medidas nutricionais, práticas de atividades físicas, cessação do tabagismo, etilismo, controle de estresse, (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

É importante que se tenha um controle de peso, pois o aumento de peso está diretamente relacionado ao aumento da PA tanto em adultos quanto em crianças. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O sucesso do tratamento da HA com medidas nutricionais depende da adoção de um plano alimentar saudável e sustentável. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O controle do consumo de sódio é essencial, pois o aumento do consumo de sódio está relacionado com o aumento da PA. Os ácidos graxos ômega três, provenientes do óleo de peixe estão associados com redução modesta da PA. (LOTEMBERG, et al, 2010). A equipe muito tem a contribuir com o paciente hipertenso, orientando-o a um estilo de vida mais saudável.

A atenção numa abordagem multiprofissional, tem como objetivo principal o controle da HA, todas estas medidas do tratamento não medicamentoso são importantes desde que se tenha participação de uma equipe ativa. (LOTEMBERG, et al, 2010).

6 PLANO DE AÇÃO

A seguir, os quadros apresentados têm o objetivo de elaborar os próximos passos do PES, o desenho das operações para os nós críticos do projeto de intervenção da ESF São Pedro I em Governador Valadares – MG, a fim de enfrentar a problemática.

A seguir, os quadros apresentam o Desenho de operações para os "nós" críticos do problema do alto número de hipertensos e a baixa adesão ao tratamento oferecido na ESF São Pedro I

Quadro 1 – Plano Operativo para o nó crítico Nível de informação da população

Nó crítico 1	Nível de Informação da população
Operação/Projeto	Aprendendo sobre a HAS Orientar a população sobre a HAS (causas, consequências e cuidados necessários)
Resultados esperados	População consciente sobre a HAS, formas de cuidados e redução dos agravos da doença Maior participação do grupo Hipertensão
Produtos esperados	Palestras educativas, Distribuição de folders explicativos
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde Médico da Unidade Enfermeira e Agentes comunitários de saúde
Recursos necessários	- <i>Organizacional</i> : para organizar a agenda e planejamento das atividades - <i>Cognitivo</i> : aprendizado sobre o tema hipertensão - <i>Financeiro</i> : para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Recursos críticos	- <i>Organizacional</i> : para organizar a agenda e planejamento das atividades - <i>Cognitivo</i> : aprendizado sobre o tema hipertensão - <i>Financeiro</i> : para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Secretaria de Saúde
	Será formado um grupo operativo e serão realizadas palestras educativas com distribuição de materiais informativos.

	Temas: A HAS e seus devidos cuidados: Responsável: Médico da unidade Convivendo com a HAS: Responsável: Enfermeira da unidade
Cronograma / Prazo	Início em 2 meses – encontros quinzenais
Gestão, acompanhamento e avaliação	Reuniões a cada 20 dias com a equipe de saúde da ESF e NASF para avaliação dos resultados esperados

Fonte: Autoria Própria (2017)

Quadro 2 – Plano Operativo para o nó crítico Forma de trabalho inadequado da ESF

Nó crítico 2	Forma de trabalho inadequado da ESF
Operação/Projeto	Unidos na ESF Refletir sobre a importância da função de cada profissional dentro da ESF e repensar as formas de atenção ao usuário hipertenso
Resultados esperados	Equipe e usuário trabalhando no mesmo objetivo
Produtos esperados	Formação de grupos operativos Tema: Como ajudar o usuário hipertenso: Resp: Médico e Enfermeira Palestras motivacionais
Atores sociais/ responsabilidades	Médico – Enfermeira
Recursos necessários	<i>Financeiro:</i> para o custeio de profissionais habilitados em palestras e projetos motivacionais em organizações <i>Organizacional:</i> para preparação de local adequado para capacitações, treinamentos à equipe
Recursos críticos	<i>Financeiro:</i> para o custeio de profissionais habilitados em palestras e projetos motivacionais em organizações <i>Organizacional:</i> para preparação de local adequado para capacitações, treinamentos à equipe
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Secretaria de Saúde
Cronograma / Prazo	Início em 2 meses – encontros quinzenais
Gestão,	Reuniões mensais com a equipe de saúde para avaliação dos

acompanhamento e avaliação	resultados esperados
-----------------------------------	----------------------

Fonte: Autoria Própria (2017)

Quadro 3 – Plano Operativo para o nó crítico Hábitos e estilo de vida da população

Nó crítico 3	Hábitos e estilo de vida da população
Operação/Projeto	Cuidar Promover orientações básicas necessárias sobre a HAS dentro da realidade social e cultural de cada usuário
Resultados esperados	Usuários convivendo melhor com a HAS
Produtos esperados	Visitas domiciliares, abordagem ao paciente e a família Palestras e dinâmicas reflexivas
Atores sociais/ responsabilidades	Médico da Unidade e Enfermeira Psicólogo Educador físico Nutricionista Fisioterapeuta do (NASF)
Recursos necessários	<i>Organizacional:</i> para preparar e juntar aos profissionais como educador físico, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo. <i>Cognitivo:</i> para o planejamento e reuniões dos grupos que atuarão <i>Financeiro:</i> para compra de materiais necessários.
Recursos críticos	<i>Organizacional:</i> para preparar e juntar aos profissionais como educador físico, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo. <i>Cognitivo:</i> para o planejamento e reuniões dos grupos que atuarão <i>Financeiro:</i> para compra de materiais necessários.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Secretaria de Saúde
	Formação de grupos operativos Trabalho com temas e dinâmicas Tema 1: Atividade física adequada ao hipertenso: Resp. Educador Físico Tema 2: Alimentação saudável ao hipertenso : Resp: Nutricionista
Cronograma / Prazo	Início em 3 meses – encontros quinzenais

Gestão, acompanhamento e avaliação	Reuniões mensais com a equipe de saúde (ESF) e (NASF) para acompanhamento dos resultados esperados
---	--

Fonte: Autoria Própria (2017)

Quadro 4 – Plano Operativo para o nó crítico Questões sociais / nível de escolaridade

Nó crítico 4	Questões sociais / nível de escolaridade
Operação/Projeto	Novos hábitos Promover espaço para aprendizado e novos saberes sobre HAS (medicamentos, alimentação hipossódica), atividades físicas para o hipertenso)
Resultados esperados	Comunidade ativa referente à HAS
Produtos esperados	Promover dinâmicas reflexivas, distribuição de folders Visitas domiciliares, abordagem ao paciente e família Palestras e dinâmicas reflexivas
Atores sociais/ responsabilidades	Médico da Unidade e Enfermeira ACS
Recursos necessários	<i>Organizacional:</i> para organização da equipe e agenda <i>Cognitivo:</i> elaboração e estudos dos temas <i>Financeiro:</i> para montagem de materiais e folders informativos e data show para palestras.
Recursos críticos	<i>Organizacional:</i> para organização da equipe e agenda <i>Cognitivo:</i> elaboração e estudos dos temas <i>Financeiro:</i> para montagem de materiais e folders informativos e data show para palestras.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Secretaria de Saúde
Cronograma / Prazo	Início em 3 meses – encontros quinzenais
Gestão, acompanhamento e avaliação	Reuniões mensais com a equipe de saúde (ESF) para acompanhamento dos resultados esperados

Fonte: Autoria Própria (2017)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto de intervenção apresentado partiu da experiência cotidiana enquanto médico na ESF São Pedro I em Governador Valadares – MG. Considera-se o tema de extrema relevância, pois a baixa adesão do usuário hipertenso ao tratamento compromete a sua saúde, e segundo as pesquisas este fato aumenta as possibilidades de doenças cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais, bem como doença renal crônica.

Através da experiência na atenção básica, fica clara a resistência de alguns pacientes em seguir adequadamente uma dieta hipossódica, de realizar atividades físicas adequadas ao hipertenso, de fazer uso correto dos medicamentos, e, ainda dificuldades em participar das ações e grupos direcionados ao hipertenso como o Hiperdia.

Desta forma, propõe-se ações estratégicas com foco no público hipertenso e nas dificuldades de adesão ao tratamento. As ações terão o envolvimento da equipe de saúde, sendo eles: psicólogo, assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, médico, enfermeira, agentes comunitários em saúde.

As atividades propostas têm o foco em formação de grupos operativos para discussão de temas relevantes à hipertensão; realização e orientações de exercício físico para o hipertenso; envolvimento da família ou cuidador e articulação contínua com a equipe de saúde, bem como a importância de capacitações aos membros da equipe. Sendo assim, espera-se alcançar os objetivos propostos neste TCC, a partir da relação contínua entre profissionais da saúde e usuário hipertenso, bem como da família.

Este trabalho trará benefícios tanto para profissionais da saúde, quanto para usuários, pois estes terão maiores informações sobre a doença e tratamento, por meio de uma participação em grupo que viabiliza as discussões e aprendizados, potencializando as ações do Hiperdia. Através deste trabalho a equipe de saúde estará mais instrumentalizada para lidar com usuários hipertensos gerando aprendizado conjunto.

8 REFERÊNCIAS

BARRETO, M.S; REINERS, A.A.O.; MARCON, S.S. Conhecimento sobre Hipertensão arterial e fatores associados à não adesão a farmacologia. **Revista Latino Americana Enfermagem**. 2014, PR. Disponível em Acesso em: 24/05/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf . Acesso em 22/05/2017.

BRANDÃO, A.A. MAGALHÃES, M.E. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. São Paulo, 2010. Disponível em: Acesso em: 20/05/2017.

CARVALHO, M. V. SIQUEIRA, L. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. V.100, n.2. São Paulo 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000200009. Acesso em: 20/07/2017.

CAMPOS, F. C. C. *et al.* **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. 112p.

ESPÍNDOLA, H.S. **História de Governador Valadares**. IN: Sala do Estudante do Site oficial da Prefeitura do Governador Valadares/MG. Disponível em: Disponível <http://valadaresmg.com.br/links/menuinterno/prefeitura/index.php> Acesso em: 30/05/2017.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=312770>. Acesso em 28/03/2017.

KOHLMANN, O. Tratamento medicamentoso. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000500008 Acesso em: 23/08/2017.

LIMA T.M.; SOLER O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Revista Pan Amazônia Saúde**. Rio de Janeiro. 2010.

Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v1n2/v1n2a14.pdf>. Acesso em: Junho de 2017.

LOPES, M.C.L.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S.; SOUZA, A.C.; WAIDMAN, M.A.P. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.10, n. 1, p. 198-211, 2008. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a18.pdf . Acesso em: 23/05/2017.

LOTEMBERG, et al. Tratamento não medicamentoso e abordagem multiprofissional. **Jornal Brasileiro de nefrologia** . São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-2802010000500007. Acesso em: 22/08/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SIOPS, 2015. Acesso em: 30/09/2016. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/rel_LRF.php

SILVA, E. C. et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Cuiabá, MT, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v19n1/1980-5497-rbepid-19-01-00038.pdf>. Acesso em: 08/08/2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. 2010, vol.95, n.1, suppl.1, pp. I-III. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 10/06/2017.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: Brasil**, 2006. http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=170. Acesso em: 10/08/2017.