

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

PRYSCILLA CÂNDIDA ANDRADE

**INTERVENÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PARQUE SÃO JOÃO EM CONTAGEM - MG**

BELO HORIZONTE – MG

2014

PRYSCILLA CÂNDIDA ANDRADE

**ADESÃO SOBRE O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARQUE SÃO
JOÃO EM CONTAGEM - MG**

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. Virgiane Barbosa de Lima

BELO HORIZONTE – MG

2014

PRYSCILLA CÂNDIDA ANDRADE

**ADESÃO SOBRE O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARQUE SÃO
JOÃO EM CONTAGEM - MG**

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.

Banca examinadora:

Prof.: Prof. Virgiane Barbosa de Lima(orientadora)

Prof.: Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovada em Belo Horizonte __/__/__

AGRADECIMENTOS

À Deus por todas as conquistas que me proporciona e força para superar as dificuldades

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A professora Virgiane, pela orientação e apoio.

Aos companheiros de trabalho do PSF Parque São João que sempre me ajudaram e vão continuar presentes em minha vida com certeza.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

“Algumas pessoas marcam a nossa vida para sempre, umas porque nos vão ajudando na construção, outras porque nos apresentam projetos de sonho e outras ainda porque nos desafiam a construí-los”.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares presentes em nosso meio, sendo uma importante e evitável causa de doença cardiovascular. Na unidade de saúde PSF Parque São João a principal comorbidade observada na comunidade é a hipertensão. Observa-se na comunidade uma baixa adesão ao tratamento medicamentoso, mas principalmente ao tratamento não medicamentoso, sendo este um dos principais desafios a serem enfrentados pela equipe. Além disso, a população adstrita é composta por muitos idosos que moram sozinhos ou que tem familiares trabalham fora o dia inteiro dificultado o uso correto das medicações na posologia e horário correto. Este trabalho foi realizado a partir do levantamento bibliográfico de artigos científicos na área médica e observação da comunidade adstrita ao PSF Parque São João durante os meses de atuação do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) durante o ano de 2014. A partir daí foi proposto um plano de intervenção com o objetivo agir sobre os fatores dificultadores de controle da doença através do desenvolvimento de "caixas farmácia", melhoria do nível de conhecimento da população, envolvimento a família, estimulação de hábitos de vida saudáveis e classificação dos pacientes quanto ao risco cardiovascular para garantir melhor acompanhamento e consequentemente melhorar a adesão e controle dos pacientes hipertensos.

Palavras-chave: Hipertensão. Terapêutica. Promoção da saúde. Educação em saúde.

ABSTRACT

Hypertension is the most common cardiovascular disease present in our country and is an important and preventable cause of cardiovascular disease. The health unit PSF John Park are the main comorbidity observed in the community is hypertension. It is observed in the community a low adherence to drug treatment, but mainly to the non-drug treatment, which is one of the main challenges to be faced by the team. In addition, the enrolled population is composed for many seniors who live alone or who have family members working outside all day hindered the proper use of medications in dosage and proper time. This work was carried out from the literature of scientific articles in the medical field and observation of the enrolled community to PSF Park St. John during the months of operation of the Medical Professional Enhancement Program (PROVAB) during the year 2014. From there it was proposed an action plan in order to act on factors that complicate control of the disease through the development of "chests", improvement of the population's knowledge level, family involvement, stimulating healthy lifestyles and classification of patients according to cardiovascular risk to ensure better monitoring and consequently improve compliance and control of hypertensive patients.

Keywords: Hypertension. Therapeutics. Health promotion. Health education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVC	Acidente vascular cerebral
BRA	Bloqueador dos receptores de angiotensina II
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial da infância e adolescência
CEREST	Centro de referencia em saúde do trabalhador
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio em Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PPI	Programa de Pactuação Integrada
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional em Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RMBH	Região Metropolitana de Belo Horizonte
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel Urbano
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UAI	Unidades de Atendimento Imediato
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVO	17
4 METODOLOGIA.....	18
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
6 PLANO DE AÇÃO.....	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	355
8 REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

Contagem localiza-se a 16 km da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), capital do estado de Minas Gerais. Geograficamente está situada na região central do estado, o que permitiu ao município transformar-se num importante centro urbano polarizador de atividades industriais, de comércio e serviços. O município ocupa uma área de 195.268 km² e faz limite com Belo Horizonte, Betim, Esmeraldas, Ribeirão das Neves e Ibirité.

Ainda no período do Brasil Colônia naquele território houve a instalação de um posto de fiscalização da mineração na região conhecida como Abóboras onde no seu entorno, surgiu um pequeno povoado denominado arraial de São Gonçalo da Contagem das Abóboras. Durante duzentos anos, entre 1701 a 1901, Contagem esteve ligada a Sabará, sendo que a partir desta última data passou a integrar o município de Santa Quitéria que posteriormente passou a se chamar Esmeraldas. Sua emancipação se deu em agosto de 1911 pela Lei nº 556, no entanto, em 1938, o município perdeu sua autonomia administrativa passando a ser distrito de Betim e somente 10 anos mais tarde é que conseguiu restaurar sua autonomia administrativa pela Lei nº 336, de 27 de dezembro de 1948.

A localização próxima da região metropolitana de Belo Horizonte e seu crescente desenvolvimento industrial, possibilitou a Contagem uma posição de considerável importância econômica transformando-se na segunda cidade mais populosa de Minas Gerais, onde ocupa a terceira posição de a mais rica do Estado e a segunda na geração de empregos, figurando como a 25ª cidade mais rica do país.

Com uma população de 603,442 habitantes estimada pelo IBGE no ano de 2010, Contagem é considerada a terceira cidade mais populosa do Estado de Minas Gerais possuindo uma taxa de crescimento anual de 1,15 % no período 2000 - 2010 (BRASIL, 2011). Em termos percentuais a população de Contagem representa 0,32% da população do Brasil, 3,08% da população do estado de Minas Gerais e 11,14% da população da RMBH. A população urbana constitui 99,66% do total de habitantes e a população rural 0,34%. Esta população em relação a faixa de idade é representada por 130.290 habitantes menores de 15 anos, 437.122 habitantes entre 15 a 64 anos e 36.030 com 65 anos ou mais.

Em relação à educação, a população residente que frequenta creche ou escola no Município é de 187.258 e a taxa de alfabetização é de 94,80% (2010). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Municipal de Contagem para o ano 2010 foi de 0,756,

estando o município, situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,7 e 0,799).

A renda per capita média no município é de R\$824,30 em 2010 e a taxa média anual de crescimento foi de 38,24% no primeiro período semestre e 46,74% no segundo e a proporção de moradores abaixo da linha de pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 5,61% em 1991 para 3,42% em 2000 e para 1,15% em 2010. A porcentagem de pobreza é de 4,81%.

Das principais Atividades Econômicas, em 2010, pessoas na faixa etária de 18 anos ou mais, 0,95% trabalhavam no setor agropecuário, 0,43% na indústria extrativa, 15,97% na indústria de transformação, 7,06% no setor de construção, 0,64% nos setores de utilidade pública, 18,20% no comércio e 46,44% no setor de serviços.

Em relação ao sistema de saúde e segundo dados fornecidos pela secretaria de saúde do Município, aproximadamente 56% da população é usuária da assistência à saúde no SUS. Assim, para promover a atenção existem 107 Unidades básicas de saúde subdivididas em distritos que são: Industrial (19 unidades), Petrolândia (16 unidades), Ressaca (23 unidades), Sede (8 unidades), Vargem das Flores (12 unidades), Eldorado (14 unidades), Nacional (14 unidades), e unidade de consultas especializadas Ressaca (CCE Iria Diniz). Observou-se que entre as unidades citadas, apenas 37 delas prestam serviços odontológicos. O município também conta com o Hospital Municipal, Maternidade Municipal, Pronto socorro Geraldo Pinto Vieira, Sistema de Atendimento Móvel Urbano (SAMU), centro de referência em saúde do trabalhador (CEREST), 03 Unidades de Atendimento Imediato (UAI), Centro de Atendimento psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), Centro de Atenção Psicossocial da infância e adolescência (CAPSI) e Centro de Convivência Horizonte Aberto. Além disso, observou-se que existem ainda 10 Postos de coleta de material biológico para exames laboratoriais, varias clinicas, laboratórios e hospitais privados que complementam o acesso ao cuidado.

Contagem possui pactuação com outros municípios de onde recebe pacientes para atendimento de média e alta complexidade via Programação Pactuada Integrada (PPI) e para prestar atenção integral referencia para Belo Horizonte todos pacientes que necessitam de tratamento oncológico via recurso ministerial.

Além da ampla rede de atenção à saúde, o município de Contagem possui um Conselho Municipal de Saúde constituído por 10 trabalhadores, 20 usuários, e 10 gestores que se reúnem mensalmente para deliberar os assuntos inerentes à ele.

A Unidade de Saúde da Família (USF) Parque São João, fica localizada no distrito Eldorado. Foi implantada há 10 anos e há aproximadamente dois anos está instalada em uma sede própria, sendo o local facilmente acessível e disponível de segunda a sexta de 08 as 17 horas. A unidade possui estrutura física com área ampla, constituída por recepção, 03 consultórios médicos, 03 salas de enfermagem com banheiro, 03 salas para acolhimento, 01 sala de vacina, 01 sala de observação, 01 consultório odontológico, 01 sala para reuniões, 01 sala dos agentes comunitários de saúde (ACS), 01 sala de expurgo e de esterilização, 02 banheiros para pacientes, 02 banheiros para funcionários e 01 cozinha. A unidade é bem equipada e organizada possuindo os recursos básicos necessários a uma UBS. A farmácia embora localizada fora da unidade, fica em local próximo e de fácil acesso aos usuários funcionando de segunda a sexta-feira das 8 às 17 horas.

Atuo na equipe Parque São João através do Programa de valorização da atenção básica (PROVAB), pelo edital de convocação número 1/2014 de adesão de médicos ao PROVAB de 07 de janeiro de 2014, com carga horária de 32 horas semanais de trabalhos na unidade e 8 horas semanais de estudos, tendo inicio minhas atividades em 06 de março de 2014 com término previsto para 28 de fevereiro de 2015.

A unidade é composta por 03 Equipes de Saude da Família que são denominadas por equipe 73, 76 e 85, onde atuo como médica na unidade 85 e onde será implantado este projeto de intervenção.

A equipe 85 é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 09 técnicos de enfermagem, 06 agentes comunitarios de saude. Além disso, a unidade presta serviços odontológicos e conta com apoio do NASF que é composto por 01 psicólogo, 01 ginecologista, 01 pediatra, 01 psiquiatria e 01 nutricionis.

O modelo de atenção desenvolvido na unidade é a Estratégia de Saúde da Família, onde a equipe trabalha com adstrição de clientela e possui sob sua responsabilidade aproximadamente 1145 famílias resultando um total 3701 usuários. Trata-se de uma população bastante vulnerável sendo que, a maioria das pessoas são de baixa renda e ampla dependência do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim a responsabilização e vinculo dos profissionais é fundamental para a população, no entanto é dificultado pela falta de estabilidade de médicos na unidade interferindo no bom andamento do processo de trabalho. Na rotina da equipe destaca-se que geralmente no período da manhã são atendidas a demanda espontânea simultaneamente a alguns agendamentos. Já no período da tarde são atendidas a demanda programada como pré-natal, puericultura, HIPERDIA e outras consultas eletivas. Todos os usuários que procuram a unidade são acolhidos e triados para atendimento naquele

momento ou remarcados para consulta eletiva de acordo com as necessidades apresentadas. Também como fator dificultador do processo de trabalho pode ser destacado o comportamento dos usuários adscritos, que demonstram uma visão imediatista da medicina, onde seu foco é praticamente sobre a doença procurando a unidade apenas para resolver queixas agudas saltando as ações de prevenção, propostas pela equipe. Um exemplo desta prática é que embora a equipe Parque São programe sua agenda com dias determinados para cada atividade, inclusive com programação das orientações por parte dos profissionais de saúde da equipe e funcionamento da unidade, um número significativo de usuários ainda comparecem para acolhimento em horários inadequados, onde além de sobrecarregar os profissionais, altera o planejamento determinado. Além disso, o hábito de deixar a receita médica na unidade para renovação, sem passar por consulta médica ou grupo é um fator preocupante e difícil de enfrentar, embora existam ações de conscientização da população sobre a importância de avaliação clínica periódica.

Apesar da alta rotatividade de médicos na equipe, um fator facilitador do processo de trabalho é que a enfermeira, técnica já trabalham na equipe há muitos anos e conhecem bem o território e seus problemas. Outro fator facilitador é o fato dos ACS serem moradores da comunidade estando assim mais próximos da população. Além disso, a equipe Parque São funciona numa unidade com sede própria com boa estrutura e organização em sintonia com o processo de trabalho.

Na atuação em Estratégia de Saúde de família é de fundamental importância conhecer os problemas de saúde mais prevalentes na área de abrangência de atuação, suas causas e consequências. Assim, o diagnóstico situacional em saúde é uma ferramenta que possibilita planejar e elaborar planos de ação visando à promoção da saúde, prevenção, controle das comorbidades. Para isto é necessário levantar dados e acompanhar a população de perto, suas condições de vida, principais problemas de saúde, fatores de risco, problemas sociais para assim definir um planejamento. O Planejamento Estratégico Situacional (PES) consiste em um planejamento participativo que, através da realização do diagnóstico de saúde de determinado território (através da análise de registros já existentes e da observação ativa da população) e identificação de suas necessidades, permite que seja realizado um planejamento de ações sob percepções diferentes sobre o problema pelos membros da equipe de saúde, pela própria população e pelos setores governamentais.

Com relação ao perfil epidemiológico da população adscrita, a população é bem definida e é composta principalmente por pacientes adultos e idosos. As principais

comorbidades observadas são hipertensão, diabetes e transtornos psiquiátricos (depressão e transtorno de ansiedade generalizada), sendo a maior parte das nossas atividades voltadas para o controle e acompanhamento periódico dessas comorbidades. Sabendo da importante determinação social dessas patologias é preciso contextualizar a saúde nessa coletividade propondo, assim, um modelo de atenção não apenas focado no atendimento médico, mas também nas condições de moradia, saneamento básico, condições de trabalho, melhores salários, alimentação de qualidade, segurança, lazer e a forma que todos esses fatores interferem na saúde da população e no processo saúde doença.

A população do território da equipe Parque São João é bastante vulnerável sendo composta em sua maioria por pessoas de baixa renda e escolaridade, com condições de moradia regulares e forte dependência do SUS. As famílias também estão expostas à violência urbana, vítimas da criminalidade e envolvimento de familiares com tráfico de drogas. A principal atividade econômica é o comércio, sendo que a maior parte da população trabalha no comércio local e outra grande parcela recebe algum tipo de benefício do governo. As principais causas de morte são acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio (IAM).

De acordo com o SIAB, em 2013, 29798 dos moradores de contagem eram portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Em conjunto com a equipe, através da experiência e o conhecimento dos outros membros da equipe de saúde no acompanhamento das famílias e do meu tempo de atuação na unidade pode ser observado na área adscrita, que dentre os principais problemas de saúde, destaca-se a HAS onde 503 pacientes estão cadastrados e com acompanhamento naquela unidade. Além disso, baseado no número de pacientes que procuram a unidade diariamente com a pressão arterial fora dos alvos terapêuticos, o problema priorizado para a realização deste projeto de intervenção foi falta de adesão ao tratamento medicamentoso e das medidas preventivas pelos portadores de hipertensão arterial que se encontram sob responsabilidade da equipe de saúde.

Um dos principais desafios da equipe é conseguir com que os pacientes tenham uma melhor adesão ao tratamento não medicamentoso. Isto está relacionado ao fato de os pacientes que usam anti-hipertensivos acreditarem que o uso das drogas é suficiente para obter o controle da pressão arterial, não aderindo às mudanças no estilo de Vida. Sendo assim, a falta de conhecimento sobre a importância das medidas não medicamentosas no controle da hipertensão por falta de orientação médica adequada ou mesmo a falta de conscientização pelos próprios pacientes são os principais determinantes.

Outro fator envolvido que dificulta o acompanhamento é a não adesão pela falta de apoio familiar, principalmente com relação à dieta. Já a não adesão ao tratamento medicamentoso ocorre pelo curso assintomático na maior parte dos casos, por falta de continuidade no acompanhamento médico e o número de vezes em que ocorrem as consultas, pelo hábito de apenas deixar a receita na unidade apenas para renovação, e a falta de medicamentos na farmácia, baixa escolaridade/analfabetismo e ausência de cuidador.

Tendo em vista que estes pacientes estão expostos a um maior risco de fenômenos cardiovasculares comprometendo a vida, foram sugeridas neste trabalho estratégias para melhorar a adesão ao tratamento e conseqüentemente diminuir as lesões de órgão alvo e o risco cardiovascular global.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares constituindo uma importante e evitável causa de doença cardiovascular. Constitui o principal fator de risco para as complicações como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica. (PERREIRA et al, 2011)

Existem no Brasil aproximadamente 17 milhões de portadores de HAS, o que corresponde a 35% da população acima de 40 anos, sendo que este número vem crescendo a cada dia e o aparecimento de HAS está cada vez mais precoce, e também estima-se que 4% das crianças e adolescentes já sejam hipertensos (PERREIRA et al, 2011). Além disso, nos últimos anos aumentou a proporção de brasileiros diagnosticados com hipertensão arterial, passando de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010 (BRASIL, 2010).

As doenças cardiovasculares, entre 1996 e 1999, constituíram a principal causa de hospitalização no setor público, correspondendo a 17% das internações de pacientes entre 40 e 59 anos e 29% dos pacientes com idade superior a 60 anos. Além disso, são responsáveis no Brasil por 33% dos óbitos (PASSOS et al, 2006).

No município de Contagem, em 2013, foram identificados 29798 casos de hipertensão (SIAB). A população adscrita pela unidade Parque São Joao é composta principalmente por pacientes adultos e idosos, sendo que a principal comorbidade enfrentada a hipertensão arterial sistêmica e é o problema de saúde mais frequente de consulta médica, sendo um total de 503 pacientes cadastrados e em acompanhamento na unidade. Frente à magnitude do problema, a equipe elegeu a HAS como prioridade de atenção.

A relevância principal deste trabalho situa-se na grande prevalência de hipertensão na comunidade, nos aspectos de controle da doença hipertensiva e prevenção de suas consequências contribuindo assim para a redução da morbimortalidade bem como reduzindo custos com a assistência à saúde e melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Sendo assim, justifica-se a realização deste trabalho devido a alta prevalência de HAS na comunidade adstrita ao território da equipe, tendo como objetivo propor ações passíveis de serem implantadas a fim de melhorar a adesão dos portadores de hipertensão ao tratamento e conseqüentemente redução da morbimortalidade.

3 OBJETIVO

Desenvolver um Projeto Intervenção para melhorar a qualidade de vida dos usuários portadores de hipertensão arterial, através do uso correto de medicamentos e conscientização sobre a importância de atividades preventivas na área de abrangência da equipe na Unidade de Saúde Parque São João no município Contagem em Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como um projeto de intervenção que tem como objetivo propor um plano de ação para melhorar a adesão ao tratamento tanto não medicamentoso quanto medicamentoso pelos usuários portadores de hipertensão adscritos na área de abrangência Unidade de Saúde Parque São João, no Município de Contagem/MG.

Foi realizada seleção e análise de publicações relativas ao tema, utilizando sites de busca, como: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), edições do Ministério da Saúde e realizados levantamentos a partir do banco de dados do IBGE, da base de dados municipal do SIAB, do site eletrônico do Programa Hiperdia, e site eletrônico do DATASUS.

Uma vez realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência foi proposto o plano de ação para o principal problema identificado na população que é a falta de adesão a medicamentos e atividades preventivas para reduzir a hipertensão arterial sistêmica. Com o problema explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, a equipe pensou em soluções e estratégias para o enfrentamento do problema motivo da elaboração do plano de ação.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica é um problema de saúde pública de alta prevalência no Brasil e no mundo com altas taxas de morbimortalidade. Constitui importante fator de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por cerca de 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronariana (BRASIL, 2006).

No Brasil, a prevalência de hipertensão na população varia de 22,3% e 43,9%, sendo que mais da metade dos indivíduos entre 60 e 69 anos e aproximadamente três quartos da população acima de 70 anos são hipertensos (PERREIRA et al, 2011). Foram registradas 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares, com custo de cerca de R\$ 1.323.775.008,283 (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010). Estudos revelaram prevalência de hipertensão no Brasil de 7,2 a 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste (DUCAN, 2004 *apud* PASSOS *et al.*, 2006, p. 36). Nível socioeconômico mais baixo, consumo de bebidas alcoólicas, sedentarismo, obesidade e envelhecimento estão associados à maior prevalência de hipertensão arterial (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Os principais fatores de risco modificáveis, segundo Machado 2005 são: sedentarismo, etilismo, obesidade, tabagismo, baixa escolaridade, baixa renda, consumo excessivo de sal. Já os fatores de risco não modificáveis são idade, predisposição genética, etnia e gênero. Estudo transversal de coorte com 1.716 adolescentes, entre 10 a 16 anos, observou-se uma prevalência global de 11,7% de HAS, confirmando o importante efeito da obesidade sobre os níveis pressóricos. (MOREIRA et al, 2013).

A aferição da PA deve ser sempre realizada de rotina por todos os profissionais da saúde durante consulta, com atenção para o uso de equipamentos adequados e técnica padronizada. Recomenda-se aferição da PA em ambos os braços, nas posições sentada, ortostática e supina em todos os pacientes na primeira consulta (MION, 2006).

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) define-se como hipertensão arterial sistêmica (HAS) níveis pressóricos elevados e sustentados de pressão arterial (PA) pela medida casual. As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão define como hipertensão arterial sistêmica níveis pressóricos iguais ou superiores a 140 x 90 mm Hg (Tabela 1). Para confirmar o diagnóstico esses valores devem ser obtidos em pelo menos duas aferições, em

três ou mais ocasiões diferentes com intervalo mínimo de uma semana; exceto aqueles pacientes com PAS>210mmHg e/ou PAD>120mmHg e/ou lesão de órgão alvo em que é feito o diagnóstico imediatamente na primeira avaliação e iniciado tratamento medicamentoso (CAVALCANTI et al, 2004).

Tabela 1 Classificação da Pressão Arterial, pela medida de consultório (> 18 anos) segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. 1

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

FONTE:VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão arterial (2009)

* Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

A hipertensão arterial forma isolada, ou hipertensão sistólica isolada, ocorre como uma consequência natural do envelhecimento devido a menor complacência dos grandes vasos (ALMEIDA et al, 2003). É definida por níveis de pressão sistólica maiores ou iguais a 140 mmHg e diastólica menor que 90mmHg, e acomete principalmente indivíduos idosos maiores de 60 anos (GONZAGA et al, 2009). Esta condição está relacionada a um aumento na morbimortalidade, principalmente, por acidentes vasculares encefálicos (MIRANDA et al, 2009).

A atenção básica (AB) é definida pelo Ministério da Saúde como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da

saúde” (BRASIL, 2007). Tem como eixo norteador os seguintes princípios: universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. A Saúde da Família constitui a estratégia prioritária de sua organização baseado nos preceitos do Sistema Único de Saúde e através de áreas estratégicas de atuação em todo país visa o controle de diversas doenças dentre elas a HAS (BRASIL, 2007).

Um grande desafio da atenção básica é a implantação desse modelo de atenção à saúde, que engloba estratégias de saúde individuais e coletivas, para abordagem integral dos pacientes hipertensos, levando em consideração suas peculiaridades e com objetivo de melhorar a assistência a saúde e qualidade de vida da população. A ESF é um local privilegiado de atenção à saúde para abordagem destes pacientes, uma vez que possui uma população adstrita com a qual possui maior relação de vínculo, além de contar com equipe multiprofissional (BRASIL, 2013).

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão. Nesse contexto, entende-se que nos serviços de AB um dos problemas de saúde mais comuns que as equipes de Saúde enfrentam é a HAS e que existem dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos usuários (BRASIL, 2013, p. 21)

A educação permanente tem papel fundamental nessa estratégia. É definida por Grillo (2012) como “qualquer procedimento que envolva reflexão sobre o processo de trabalho , individual e da equipe de saúde, e gere busca de conhecimento para soluções de problemas concretos, em uma prática concreta.” A educação permanente contribui para melhorar a qualificação dos profissionais e gerar mudanças no processo de trabalho. Assim, a ESF pode ajudar na resolução do problema da baixa adesão de hipertensos ao tratamento através da capacitação da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde para a prestação de atenção integral e humanizada aos pacientes (BRASIL, 2013).

Uma estratégia importante desenvolvida pelo Ministério da saúde foi a criação do sistema HIPERDIA destinado ao acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos.

O sistema HiperDia tem por finalidades permitir o monitoramento dos pacientes captados no Plano Nacional de Reorganização a Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus, e gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados (BRASIL 2002, p. 2).

Estudo realizado por Lima et al (2012) evidenciou uma grande importância do programa na adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, sendo que “89,23% dos pacientes relataram que houve melhora na qualidade de vida após o acompanhamento e 92,31% referem que o Programa HiperDia contribui para a adesão aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos”.

É recomendado realizar a avaliação inicial de rotina do paciente hipertenso que é composta pelos seguintes exames: análise de urina, potássio plasmático, creatinina plasmática e estimativa do ritmo de filtração glomerular, glicemia de jejum, colesterol total, HDL, triglicérides plasmáticos, ácido úrico plasmático e eletrocardiograma convencional. Esta avaliação tem como objetivos pesquisar lesões em órgãos-alvo, presença de outras doenças associadas, além de estratificar o risco cardiovascular global (CONSOLIM-COLOMBO et al, 2010).

Além disso, é recomendado pelo Ministério da Saúde a utilização da estratificação de risco cardiovascular com o objetivo de para definir o prognóstico e a conduta na abordagem do paciente (BRASIL, 2006). O escore de Framingham é o mais utilizado e estima o risco cardiovascular em dez anos levando em consideração as seguintes variáveis: idade, sexo, diabetes, tabagismo, pressão arterial sistólica tratada e não-tratada, colesterol total e HDL. (LOTUFO, 2008). Pacientes com escore inferior a 10 % são considerados de baixo risco cardiovascular, entre 10 e 20% risco intermediário e superior a 20% alto risco cardiovascular. No entanto o escore apresenta certa limitação, pois só pode ser utilizado para pacientes sem doença cardiovascular aparente (BRASIL, 2006).

O tratamento da hipertensão não tem como objetivo apenas manter a PA dentro dos limites da normalidade, mas principalmente diminuir morbimortalidade cardiovasculares (STRELEC et al, 2003). Consiste em estratégias que visam diminuir a morbimortalidade cardiovascular através do tratamento medicamento e tratamento não medicamentoso (MION, 2006). Valores pressóricos desejados com o tratamento são: valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de pressão diastólica ou valores inferiores a 130/80 mmHg em pacientes de alto risco cardiovascular (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

O tratamento não medicamentoso da HAS consiste em mudanças do estilo de vida que tendem levar a redução da pressão arterial, podendo até mesmo dispensar o uso de anti-hipertensivos nos casos leves, como cessação do tabagismo, etilismo, perda de peso, prática de atividade física, diminuição do consumo de sal, controle do stress e biopsicossocial e

aumento do nível de informação da população sobre a doença (MALAQUIAS et al, 2010). Deve ser indicado a todos os hipertensos e aos indivíduos não hipertensos, mas de alto risco cardiovascular (SARQUIS, 1998).

A prática de atividade física aeróbica regular induz alterações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar diretamente no sistema cardiovascular e conseqüentemente produz uma redução da pressão arterial em pacientes hipertensos (RONDON, 2003). Recomenda-se a prática de atividade física regular, de leve a moderada intensidade, no mínimo três vezes por semana, com duração de vinte minutos (MORRIS, 1992 *apud* PESSUTO *et al.*, 1998, p.34).

O tratamento medicamentoso deve levar em consideração “as características peculiares de cada paciente, doenças associadas, farmacocinética, farmacodinâmica, idade, fácil posologia dos medicamentos e custos” (NOBRE, 2013, p. 266). Ainda segundo o mesmo autor,

Qualquer medicamento dos grupos de anti-hipertensivos, com exceção dos vasodilatadores de ação direta pode ser utilizado para o controle da pressão arterial em monoterapia inicial, especialmente para pacientes com hipertensão arterial em estágio 1 que não responderam as medidas não-medicamentosas. Para pacientes em estágios 2 e 3, pode-se considerar o uso de associações fixas de medicamentos anti-hipertensivos como terapia inicial. (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010, p 31)

Estudos demonstraram potencial para redução da morbimortalidade com a utilização das seguintes drogas: diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II e com antagonistas dos canais de cálcio (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Os anti-hipertensivos disponíveis nas farmácias de Unidades de Saúde em todo o Estado de Minas Gerais são: espironolactona, hidralazina, losartana, metildopa, atenolol, carvedilol, propranolol, verapamil, nifedipina, furosemida, hidroclorotiazida, anlodipina, enalapril e captopril (JUNIOR et al, 2009).

Com relação a hipertensão arterial isolada é recomendado manter os níveis da pressão sistólica menores que 140mmHg sendo que a associação de um bloqueador dos receptores de angiotensina II com um diurético em baixas doses se mostrou eficaz em reduzir os níveis pressóricos com menor perfil de efeitos colaterais quando comparado com a associação de hidroclorotiazida e anlodipina (ALMEIDA et al, 2003).

Um dos principais problemas enfrentados no controle da hipertensão é a falta de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (STRELEC et al, 2003). Para

MION (2006) “a adesão ao tratamento pode ser definida como o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente”. Um dos principais problemas enfrentados no controle da hipertensão é a baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (STRELEC, 2013), e por esse motivo as taxas encontradas de controle da pressão arterial são baixas apesar das evidências da eficácia do tratamento anti-hipertensivo (MION, 2006). Aspectos relativos da própria doença também interferem na adesão ao tratamento, como sua cronicidade e por na maioria das vezes ter curso assintomático (SARQUIS, 1998).

Vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento e podem estar relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e auto-estima); ao tratamento dentro do qual engloba-se a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento); e finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde (GUSMÃO, 2006, p.24).

Em relação ao tratamento não medicamentoso, em estudo realizado por Figueiredo (2010) a principal dificuldade relatada pelos pacientes entrevistados foi em seguir dieta hipossódica por não gostarem da comida com menor teor de sal ou por receberem a comida pronta.

Segundo a OMS, o uso racional de medicamentos existe quando os pacientes recebem os medicamentos apropriados à sua condição clínica, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período de tempo adequado e com o menor custo para si e para a comunidade.

Alves et al (2012) define como medicamento “toda preparação adequada à administração que contenha fármacos, isto é, possui princípio ativo, podendo, ainda, conter adjuvantes farmacêuticos ou veículos que idealmente não devem possuir atividade biológica”. Os medicamentos anti-hipertensivos têm papel fundamental na manutenção da saúde dos pacientes hipertensos uma vez que reduzem os níveis tensionais e os eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (MION, 2002).

O número de medicamentos é considerado um fator complicador para a adesão e contribuir para a confusão e esquecimento. Assim, a simplificação do tratamento anti-hipertensivo através da diminuição do número de medicações, dos intervalos de tomada diária, associação de diferentes anti-hipertensivos em uma apresentação constituem intervenções capazes de facilitar a adesão ao tratamento (SCHROEDER, 2002). Além disso,

programas de orientação com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento dos pacientes a respeito da doença também influenciam positivamente na adesão induzindo-os à mudança e manutenção (SARQUIS, 1998). Isto pode ser feito através de palestras ministradas pelos profissionais de saúde e grupos operativos onde os pacientes têm a possibilidade de compartilhar experiências, medos, e tirar dúvidas.

Atividades de educação em saúde são de grande importância na rotina das UBS e devem estar sempre presentes com o objetivo de envolver a população e formar indivíduos proativos e responsáveis pela própria saúde através do estímulo a promoção da saúde e prevenção de doenças e conseqüentemente melhoria da qualidade de vida da população. Esta pode ser realizada por meio de palestras ministradas na unidade, distribuição de panfletos educativos e grupos operativos (FALKENBERG et al, 2014).

Portanto, por ser uma patologia de etiologia multifatorial, ressalta-se a importância de uma equipe multiprofissional na abordagem dos pacientes com HAS. As principais vantagens da abordagem multiprofissional desses pacientes são: maior captação de pacientes, aumento da adesão ao tratamento, maior número de pacientes com pressão arterial controlada, aumento da adesão a hábitos de vida saudáveis e favorecimento de ações de pesquisa em serviços. - abordagem multiprofissional (MION, 2002). A abordagem multidisciplinar apresenta grau de recomendação I e nível de evidência A (MALAQUIAS et al, 2010).

6 PLANO DE AÇÃO

Os dados utilizados na realização do diagnóstico situacional foram utilizados na elaboração do Plano de Intervenção seguindo os dez passos propostos para elaboração de um plano de ação descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010) do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, descritos a seguir:

- a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências);

Foram definidos os problemas através do diagnóstico situacional, sendo que os principais problemas observados relacionados à falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo são:

- Hábitos de vida inadequados
- Falta de apoio familiar
- Baixo nível de informação sobre HAS
- Uso de muitas medicações associadas
- Processo de trabalho da equipe

- b) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);

Foram selecionados os problemas que serão enfrentados, construída uma planilha com análise dos problemas de acordo com a prioridade, através dos seguintes critérios:

- Atribuído valor “alto, médio ou baixo” para a importância do problema e os pontos foram distribuídos conforme a urgência;
- Definido se a solução do problema está “dentro, fora ou parcialmente dentro” da capacidade de enfrentamento da equipe de ESF
- Os problemas foram numerados por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios (seleção).

Quadro 1 - Planilha de Priorização de Problemas da Equipe.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Uso incorreto da medicação	Alta	9	Dentro	1
Hábitos de vida inadequados	Alta	9	Dentro	1
Falta de apoio familiar	Média	7	Dentro	2
Baixo nível de informação sobre HAS	Alta	8	Dentro	1
Processo de trabalho da equipe	Alta	8	Dentro	1

c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto à dimensão do problema e sua quantificação);

Para descrição do problema priorizado foram utilizados dados do SIAB (2014) e registros da equipe.

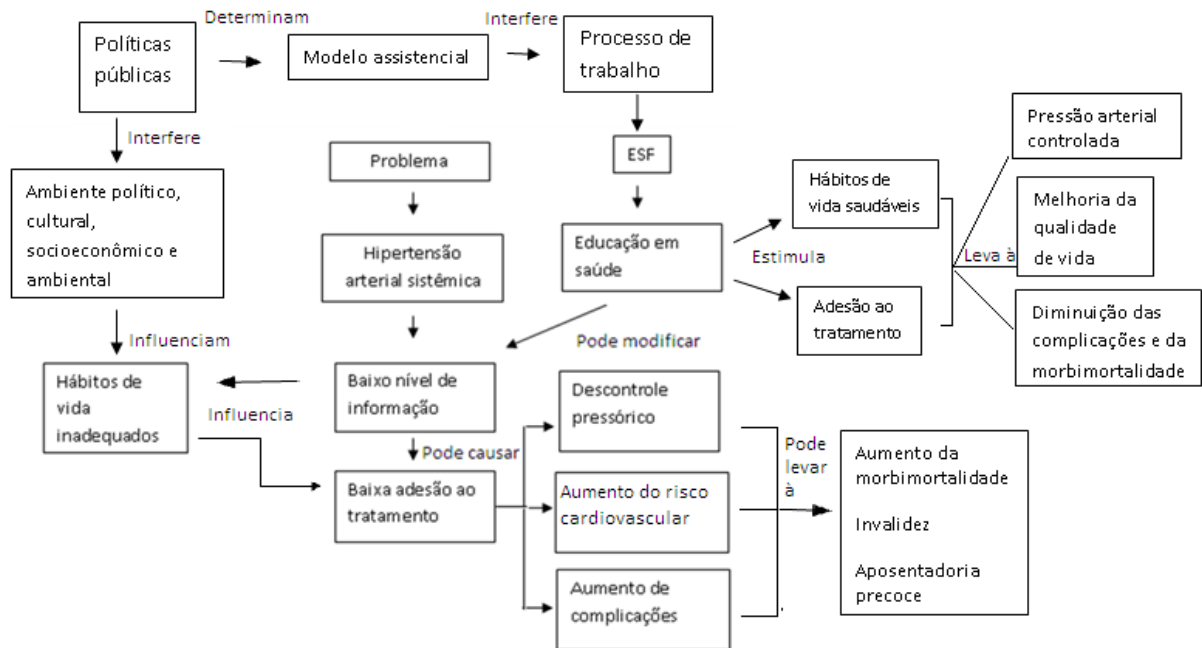
Quadro 2 - Descritores do elevado número de hipertensos

Descritores	Valores	Fonte
Hipertensos cadastrados – Equipe 85	503	Registro da equipe
Hipertensos acompanhados – Equipe 85	495	Registro da equipe
Hipertensos cadastrados em Contagem	28027	SIAB
Hipertensos acompanhados em Contagem	24042	SIAB

- d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);

Foi construída uma árvore explicativa para a hipertensão arterial sistêmica, identificando o que influencia, o que pode modificar e pode causar baixa adesão ao tratamento

Figura 1 - Árvore explicativa do problema Hipertensão arterial sistêmica



- e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importantes a serem enfrentadas);

Foram identificadas as causas consideradas mais importantes e selecionadas como “nós críticos” as seguintes:

- Hábitos de vida inadequados
- Falta de apoio familiar
- Baixo nível de informação sobre HAS
- Uso de muitos medicamentos
- Processo de trabalho da equipe

- f) Sexto passo: realizado o desenho das operações que tem como objetivos: descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os produtos e resultados para cada operação definida; e identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

Os principais nós críticos relacionados ao controle da hipertensão identificados na comunidade estão relacionados à falta de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e suas consequências, sendo necessário o planejamento, organização e atitude proativa da equipe de saúde para buscar uma solução para este problema. Assim, a equipe pensou em estratégias para solucionar o problema e foi realizado o desenho das operações propostas.

Quadro 3 - Desenho das operações para os “nós” críticos da falta de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso:

Nó crítico	Operação/projeto	Resultado esperado	Produto	Recursos necessários
Uso incorreto da medicação	Caixa Farmácia Desenvolver caixas organizadoras para ajudar os pacientes seguir o tratamento corretamente	Uso correto da medicação, controle dos níveis pressóricos e redução do risco cardiovascular	Caixa organizadora confeccionada pela equipe da unidade para ajudar os pacientes a seguir o tratamento corretamente. Principalmente, para pacientes analfabetos, onde vão ser feito desenhos indicando o horário e de que forma devem tomar o remédio, como sol e lua para dia e noite, prato nas refeições e fruta e suco na hora do lanche.	Cognitivo: orientação médica adequada; Financeiros: recursos para confecção das caixas; Organizacionais: organização e disponibilidade da equipe para confecção.
Hábitos e estilos de vida inadequados	Mais Saúde Modificar estilos de vida da população	Conscientização da População a respeito da importância do tratamento não medicamentoso, diminuição do sedentarismo, alteração dos hábitos alimentares, cessação do tabagismo e etilismo	Palestras ministradas por profissionais da equipe; grupos de caminhada orientada;	Organizacionais: conseguir o local para as palestras, mobilização social; Financeiros: recursos audiovisuais, folhetos educativos; Cognitivos: educação continuada, informações sobre o tema
Falta de apoio	Cuidar com você Envolver a família	Envolver a família no tratamento e	Maior participação familiar	Cognitivo: conhecimento

familiar	no tratamento do paciente e aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a HAS	acompanhamento dos hipertensos		sobre o tema; Políticos: mobilização social;
Baixo nível de informação sobre HAS	Saber Mais Melhorar o nível de informação da população sobre hipertensão	Melhoria do nível de conhecimento da população sobre a hipertensão e suas consequências	Aumento da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso	Cognitivo: conhecimento sobre o tema; políticos: mobilização social; financeiros: materiais educativos
Processo de trabalho da equipe de saúde	Cuidar Melhor Organização do trabalho da equipe para melhorar acompanhamento	Classificação dos pacientes quanto ao risco para melhorar a organização do acompanhamento, periodicidade de realização dos exames laboratoriais	Acompanhamento mais próximo dos pacientes	Organizacionais: organização das atividades da equipe; Cognitivo: conhecimento sobre o tema; Financeiro: recursos para confecção de arquivo

g) Sétimo passo: foi identificado os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação de acordo com o apresentado no quadro a seguir:

Quadro 4 - Recursos críticos para o problema da falta de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso:

Operação/projeto	Recursos críticos
Caixa Farmácia	Cognitivo: orientação médica adequada; Financeiros: recursos para confecção das caixas; Organizacionais: organização e disponibilidade da equipe para confecção.
Mais Saúde	Organizacionais: conseguir o local para as palestras, mobilização social; Financeiros: recursos audiovisuais, folhetos educativos; Cognitivos: educação continuada, informações sobre o tema
Cuidar com você	Cognitivos: conhecimento sobre o tema; Políticos: mobilização social;
Saber Mais	Cognitivo: conhecimento sobre o tema; Políticos: mobilização social; Financeiros: recursos para materiais educativos

Cuidar Melhor	Organizacionais: organização das atividades da equipe; Cognitivo: conhecimento sobre o tema; Financeiro: recursos para confecção de arquivo
----------------------	---

h) Oitavo passo: em seguida foi a análise de viabilidade do plano, que tem como os seguintes objetivos: identificação os atores que controlam recursos críticos necessários para implementação de cada operação; análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano; e desenho das ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

Quadro 5 - Análise da viabilidade – Propostas de ações para motivação dos atores

Operação /projeto	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Caixa Farmácia	Cognitivo: orientação médica adequada; Financeiros: recursos para confecção das caixas; Organizacionais: organização e disponibilidade da equipe para confecção.	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	não é necessária
Mais Saúde	Organizacionais: conseguir o local para as palestras, mobilização social; Financeiros: recursos audiovisuais, folhetos educativos; Cognitivos: educação continuada, informações sobre o tema	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	não é necessária
Cuidar com você	Cognitivo: conhecimento sobre o tema; Políticos: mobilização social;	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	não é necessária
Saber Mais	Cognitivo: conhecimento sobre o tema; políticos:	Secretaria Municipal de	Favorável	não é necessária

	mobilização social; financeiros: materiais educativos	Saúde		
Cuidar Melhor	Organizacionais: organização das atividades da equipe; Cognitivo: conhecimento sobre o tema; Financeiro: recursos para confecção de arquivo	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	não é necessária

i) Nono passo: foi realizada a elaboração do plano operativo e definido a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações.

Quadro 6 - Plano Operativo

Operações	Resultados	Proendemias e enpidemias	Responsável	Prazo
Caixa Farmácia	Uso correto da medicação, controle dos níveis pressóricos e redução do risco cardiovascular	Confecção de caixas organizadoras	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS	Prazo de inicio 4 meses e termino em 6 meses
Mais Saúde	Palestras na unidade; Programa de caminha orientada	Programa de caminhada orientada	Médico, enfermeiro, nutricionista e fisioterapeuta do NASF	Apresentar o projeto em 3 meses e inicia-lo em 4 meses
Cuidar com você	Envolvimento da família no tratamento e acompanhamento dos hipertensos	Projeto em grupo	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem	Inicio em 3 meses, termino em 4 meses
Saber Mais	Melhoria do	Programa saúde	Médico,	Inicio em 4 e

	nível de conhecimento da população sobre a hipertensão, suas consequências e importância do tratamento	e educação	enfermeiro, nutricionista do NASF	termino em 6 meses
Operação cuidar melhor	Organização do trabalho da equipe para melhorar acompanhamento	Classificação dos pacientes quanto ao risco e definir a periodicidade de realização dos exames laboratoriais	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, equipe do NASF	Início em 3 meses termino em 6 meses

j) Décimo passo: foi elaborado um modelo de gestão do plano de ação, discutindo e definindo o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Quadro 7 - Planilha de Acompanhamento de Projeto da Equipe

Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Caixa farmácia	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS	6 meses	Atrasado		
Modificar estilos de vida da população	Médico, enfermeiro, nutricionista e fisioterapeuta do NASF	4 meses	Grupo de caminhada orientada		
Maior participação familiar	Médico, enfermeiro, técnico de	4 meses	Cuidadores identificados e realizada busca ativa em alguns		

	enfermagem		casos		
Melhorar o nível de informação da população sobre hipertensão	Médico, enfermeiro, nutricionista do NASF	6 meses	Iniciado o grupo de orientações aos hipertensos. com reuniões periódicas.		
Classificação dos pacientes para acompanhamento mais próximo dos pacientes	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, equipe do NASF	6 meses	Atrasado		

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão é uma patologia silenciosa muito comum em nosso meio. Sua incidência vem aumentando progressivamente devido principalmente devido à mudança dos hábitos de vida da população no mundo inteiro.

Observou-se no território da equipe Parque São João uma baixa adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso e principalmente ao não medicamentoso. Isso se deve ao fato de os pacientes que usam anti-hipertensivos acreditarem que o uso das drogas é suficiente para obter o controle da pressão arterial, não aderindo às mudanças no estilo de vida, pelo fato de que falta conhecimentos sobre a importância das medidas não medicamentosas no controle da hipertensão por falta de orientação medica adequada ou mesmo a falta de conscientização pelos próprios pacientes para fatores de risco como obesidade, sedentarismo, etilismo, tabagismo e alimentação inadequada. Assim, neste trabalho, a equipe de saúde da família Parque São João propõe reorientação na sua rotina, propondo através desta proposta de intervenção atividades de prevenção e promoção da saúde (palestras, grupos de caminhada, orientação nutricional adequada), orientação ao usuário a respeito da doença e sua medicalização, realização do acompanhamento periódico e busca ativa de pacientes para rastreamento de doenças que na maioria das vezes são silenciosas como a hipertensão, consequentemente estimulando o autocuidado, hábitos de vida saudáveis e tornando o usuário acometido responsável por sua própria saúde.

Portanto, cabe aos profissionais de saúde realizar o planejamento e organizar as atividades, e desenvolver uma atitude proativa dentro da equipe para buscar uma solução para este problema, ou pelo menos reduzir sua incidência. Para isto é de suma importância adotar uma forma sistematizada para manejar as ações propostas e colocar o projeto de intervenção em prática e aumentar a qualidade de vida dos portadores de HAS de acordo com a viabilidade da equipe de gerenciar o mesmo uma vez que o projeto é considerado exequível.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. A. *et al.* Tratamento da hipertensão sistólica isolada: o estudo Val-Syst. **Revista Brasileira de Hipertensão**. São Paulo, v.10, s. 3, p 219-221, jul/set 2003

ALVES, T.N.P. *et al.* Medicamentos: conceitos, usos e problemas advindos do uso. I Congresso Virtual Brasileiro de Educação, gestão e promoção da saúde [online] out/ 2012.

Atlas de desenvolvimento Humano do Brasil. Disponível em:

http://atlasbrasil.org.br/2013/perfil_print/contagem_mg. Acesso em 30 de maio de 2014

BRASIL. Censo demográfico 2010. IBGE. Disponível em:

<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=311860>. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)

CAMPOS, F. C. C. de ; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CAVALCANTI, A. M *et al.* **Hipertensão: protocolo de atenção à hipertensão arterial sistêmica**. Curitiba (PR): Secretaria Municipal de Saúde; 2004

Contagem (MG). Prefeitura. 2013. Disponível em: <http://www.contagem.mg.gov.br>. Acesso em 29 de maio de 2014

CONSOLIM-COLOMBO, Fernanda et al. Avaliação clínica e laboratorial e estratificação de risco. **J. Bras. Nefrol.** [online]. 2010, vol.32, suppl.1, pp. 14-18. ISSN 0101-2800

FARIA, H. P. de; COELHO, I. B.; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A. Modelo assistencial e atenção básica em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG/COOPEMED. 2010. 68

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2014, vol.19, n.3, pp. 847-852. ISSN 1413-8123.

FIGUEIREDO, N.N. *et al.* Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta paul. enferm.** [online]. 2010, vol.23, n.6, pp. 782-787. ISSN 0103-2100.

GONZAGA, C. C. *et al.* Fisiopatologia da hipertensão sistólica isolada. **Revista Brasileira de Hipertensão**. São Paulo, v.16, s. 1, p 10-14, jul/set 2009

GUSMAO, J.L. *et al.* Adesão ao tratamento –conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v.3, n. 1, p. 23-25, jan/2006

GRILLO, Maria José Cabral. **Educação permanente em saúde**: um instrumento para a reorganização da atenção em saúde. Belo Horizonte, 2012. 8f

JUNIOR, A. A.G *et al.* Relação de Medicamentos do Estado de Minas Gerais, Secretaria do Estado de Minas Gerais, março/2009

LIMA, A. S. *et al.* A importância do Programa Hipertensão em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Saúde Coletiva em debate**, v.2, p. 9-17, dez/2012

LOTUFO, P. A. **Escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares**. *Rev Med*, São Paulo, v. 87, s. 4, p. 232-237 out.-dez. 2008

MALAQUIAS, M.V.B. *et al.* Tratamento não medicamentoso e abordagem multiprofissional. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.32, s. 1, p 22-28

MION Jr, D. (org) **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006

MION Jr, D. (org) **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo. Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2002

MIRANDA, R.D. *et al.* Hipertensão sistólica isolada e risco associado ao acidente vascular encefálico: implicações para o tratamento. **Revista Brasileira de Hipertensão**. São Paulo, v.16, s. 1, p 29-33, 2009

MS/DATASUS. HiperDia – Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, Rio de Janeiro, 2002

MOREIRA, N. F. *et al.* Obesidade: principal fator de risco para hipertensão arterial sistêmica em adolescentes brasileiros participantes de um estudo de coorte. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabólica**, Mato Grosso, v.57, n. 7. p.520-526, 2013

NOBRE, F. *et al.* **Hipertensão arterial sistêmica primária**. **Revista Faculdade de medicina de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v.46, n. 3, p. 256-272, jun/set 2013

PASSOS, V. M. A. *et al.* Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2006, v.15, n. (1), p. 35-45

PERREIRA, A. F. *et al.* **Protocolo Hipertensão Arterial/Risco cardiovascular**. Secretaria Municipal de Saúde de BeloHorizonte. 2011

PESSUTO, J. *et al.* de. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. latino am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39, janeiro 1998.

RODON, M. U. P.B. *et al.* Exercício físico como tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial. **Revista Brasileira Hipertensão**. São Paulo, v.10, s. 2, p 134-139, abril/jun2003.

SARQUIS, L. M. M. *et al.* A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 1998, v.32, n.4, p. 335-353. ISSN 0080-6234.

SCHROEDER K, *et al.* How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care? Systematic review of randomized controlled trials. **Arch Intern Med** [online]. 2004 [acesso em: 02 dez 2014]; 164(7):722-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.164.7.722>

Sistema de informação da Atenção Básica. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso em 26 de julho de 2014

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq. Bras. Cardiol. 2010; 95 (1 supl.1): 1-51

STRELEC. M. A. A. M. *et al.* A Influência do Conhecimento sobre a Doença e a Atitude Frente à Tomada dos Remédios no Controle da Hipertensão Arterial. **Arquivos brasileiros cardiologia**. São Paulo, v 81, nº 4, p 343-348, 2003