

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

LARISSA DE OLIVEIRA BRAGA

**INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO INTERIOR
DE MINAS GERAIS**

POLO DE UBERABA/MINAS GERAIS

2015

LARISSA DE OLIVEIRA BRAGA

**INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO INTERIOR
DE MINAS GERAIS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista. Orientador: Professora M.e: Pollyana Pagliaro

POLO DE UBERABA/MINAS GERAIS

2015

Dedico este trabalho as pessoas que futuramente o utilizarão com a finalidade de pesquisa e enriquecimento intelectual.

Da mesma forma, dedico à minha mãe e a agradeço pelos períodos de compreensão.

Ao meu namorado Sérgio, este trabalho também é dedicado a você, por sempre me compreender e estimular na realização desde estudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, o qual sempre está presente comigo em todos os momentos de minha vida, inclusive durante a execução deste trabalho.

Agradeço também à minha orientadora prof^a. Me. Pollyana Pagliaro que, com sua grande sabedoria, me ajudou durante todo esse trabalho.

RESUMO

Objetivo: Este projeto de intervenção teve como objetivo geral propor plano de intervenção para controle da HAS, na população da equipe de saúde da família Dona Lica, no município de Indianópolis, no estado de Minas Gerais. **Objetivos específicos:** Melhorar hábitos de vida da comunidade da ESF Dona Lica; Realizar a Classificação de risco da população hipertensa adscrita à equipe de saúde Dona Lica; Realizar grupos de apoio aos portadores de HAS; e incentivar a Educação continuada e Educação permanente dos profissionais da ESF Dona Lica. **Metodologia:** Revisão bibliográfica e webliográfica, com delimitação temporal entre os períodos de 2002 até 2015, através de levantamento de artigos científicos em inglês e português, disponíveis nas bases de dados da MEDLINE, LILACS e SCIELO, por meio dos descritores: Hipertensão Arterial, Fatores de risco, Intervenção e Tratamento. **Discussão:** Os resultados desta pesquisa demonstraram relação entre o controle da Hipertensão Arterial e ações descritas neste projeto, tais como mudança nos hábitos de vida; educação permanente/continuada da equipe de saúde. Da mesma forma, foi demonstrada a relevância de se realizar a classificação de risco da população hipertensa a partir do escore de Framingham, além da instituição de grupos de apoio a esta condição. **Conclusão:** O levantamento teórico deste estudo permitiu estabelecer a importância da Atenção Básica em Saúde na realização das medidas propostas. Como desfecho desta atuação espera-se como descrito neste estudo, redução da morbimortalidade e gastos associados à HAS.

Descritores: Hipertensão Arterial, Fatores de risco e Tratamento.

ABSTRACT

Objective: This intervention project aimed to propose action plan for control of hypertension in the population of ESF Dona Lica in the city of Indianapolis in the state of Minas Gerais. Specific objectives: To improve community life habits of ESF Dona Lica; Perform risk classification of hypertensive enrolled population to ESF Dona Lica, conduct support groups for people with hypertension; and encourage continuing education and continuing education of professionals in the ESF Dona Lica.**Methodology:** Literature and webliográfica review, with temporal delimitation between the periods 2002 to 2015, through a survey of scientific articles in English and Portuguese, available in the databases of MEDLINE, LILACS and SCIELO through the descriptors: Hypertension, Factors risk and treatment, such as a change in lifestyle, hypertensive group, continuing education and permanent to the team, in addition to the hypertensive risk rating.

Results and Discussion: The results of this research have demonstrated relationship between the control of the Hypertension and operations described in this project, such as change in lifestyle; continuing education / continuing health team. Similarly, the relevance of performing the hypertensive population risk rating from the Framingham score was demonstrated, as well as the establishment of support groups to this condition.

Conclusion: The theoretical survey of this study established the importance of Primary Health Care in the realization of the proposed measures. As the outcome of this action is expected as described in this study, reduce morbidity and mortality and expense associated with hypertension.

Descriptors: Hypertension, risk factors, intervention and treatment.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 MUNICÍPIO DE INDIANÓPOLIS.....	10
1.2 COMUNIDADE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DONA LICA.....	10
1.3 UNIDADE DE SAÚDE DA EQUIPE DONA LICA.....	11
1.4 EQUIPE DONA LICA.....	11
1.5 FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE.....	12
1.6 ROTINA DA EQUIPE DONA LICA.....	12
1.7 PROBLEMA PRIORIZADO.....	13
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
8 REFERÊNCIAS	33

LISTA DE SIGLAS

DCV: Doenças Cardiovasculares

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

PA: Pressão Arterial

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela1.....	12
Quadro 1.....	14
Quadro 2.....	22
Quadro 3.....	25

1 INTRODUÇÃO

1.1-Município de Indianópolis

O município de Indianópolis encontra-se no estado de Minas Gerais e possui cerca de 6570 habitantes. A sua formação populacional deriva-se de indígenas que habitaram a região, por volta de 1750. Porém, as aldeias indígenas, logo foram perdendo o domínio do município para os brancos. Possui localização geográfica estratégica para o acesso ao polo de Uberlândia e também ao município de Araguari, os quais prestam apoio a Indianópolis nos serviços de saúde. A cidade vive basicamente da agricultura, com grande potencial agrícola, principalmente no que diz respeito ao café¹.

Na área da saúde, o município constitui-se como referência para consultas e exames de média complexidade, contando com três equipes de saúde da família, sendo duas urbanas e uma rural, além de uma unidade mista de atendimento para atender aos casos de urgência e emergência. Nesse contexto, o município possui como referência para pediatria e ginecologia o polo de Araguari, e para os exames mais complexos e demais especialidades o polo de Uberlândia.

1.2-Comunidade da Equipe de Saúde da Família Dona Lica

A comunidade da ESF Dona Lica é composta majoritariamente de pessoas do sexo masculino, alfabetizadas e católicas. A população conserva hábitos e costumes inerentes à população rural brasileira e gosta de comemorar festas religiosas¹. A população adscrita à ESF é de 1888 pessoas, composta de acordo com a faixa etária, como descrito na tabela abaixo.

¹ BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE. Divisão Territorial Brasileira.** Brasília,[online], 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em:08 de jun de 2015.

Tabela 1. Distribuição da população adscrita à ESF Dona Lica, por sexo e faixa etária, 2015.

Faixa Etária	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
< 1 ano	7	3	10
1 - 4 anos	49	52	101
5 - 6 anos	22	32	54
7 - 9 anos	41	39	80
10 - 14 anos	78	78	156
15 -19 anos	88	78	166
20 - 39 anos	307	336	643
40 - 49 anos	125	125	250
50 - 59 anos	105	102	207
60 anos e +	107	114	221
Total	929	959	1888

Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica, 2014-2015.

1.3- A Unidade de Saúde da Equipe Dona Lica

A Unidade de Saúde Dona Lica abriga a ESF Dona Lica e a ESF Alex Fernandes. A Unidade é formada por um espaço bem estruturado, que foi inaugurado há quatro anos.

A estrutura é espaçosa e atende a uma demanda de aproximadamente 5000 pessoas. A recepção, por vezes fica tumultuada, o que exige que alguns funcionários se desloquem de suas atividades para auxiliar na recepção. Porém isso será resolvido quando se dividirem as equipes de saúde em duas unidades.

Atualmente a unidade encontra-se bem equipada, contando com mesa ginecológica, glicosímetro, nebulizador, consultórios médicos, consultório

odontológico bem equipado, sala de imunizações (onde são realizados os testes do pezinho), cozinha e banheiros, sala para procedimentos como lavagem de ouvido e curativos e sala para observação. Entretanto, não se encontram insumos básicos para atendimentos de urgência e emergência.

1.4- Equipe Dona Lica

A equipe de saúde da família Dona Lica é composta por cinco agentes comunitários de saúde, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem responsável pelas duas ESF que se encontram na Unidade de Família Dona Lica, uma técnica em enfermagem responsável pelo serviços de imunizações, uma auxiliar administrativa, uma fonoaudióloga, um dentista, uma auxiliar em odontologia, dois recepcionistas, duas responsáveis por serviços gerais, dois fisioterapeutas, uma fonoaudióloga e uma médica.

1.5- Funcionamento da Unidade de Saúde

A Unidade de Saúde funciona das 07h às 17h integralmente, ou seja, a unidade é mantida todo o período de portas abertas para atendimento e/ou acolhimento. Tal fato mostra-se bastante importante, tendo em vista a procura pelo acolhimento por parte da população em todo o horário em que a unidade encontra-se disponível.

Por hora, a população tem solicitado renovações de receitas de medicamentos, sem que tenham que passar por consulta médica. Tal fato está sendo reorganizado, pois era um costume pré-existente, e, muitos pacientes necessitam de reavaliação antes que haja continuidade ou não do tratamento anteriormente imposto.

1.6-Rotina da Equipe Dona Lica

A atuação da equipe Dona Lica, todos os dias, resume-se quase que integralmente ao atendimento à demanda programada e a demanda espontânea. Dentro deste contexto, são realizados atendimentos médicos, atendimentos

odontológicos, imunizações, sessões de fisioterapia, acolhimentos, procedimentos como curativos e retirada de pontos, aferição de pressão e controle da glicemia através da glicemia capilar (esses quando há indicação médica), visitas domiciliares, atendimento pela fonoaudiologia e coleta de “preventivo” de câncer ginecológico.

No momento, as duas médicas das duas equipes que estão atuando na Unidade de Saúde Dona Lica, até a obra da equipe Alex Fernandes se finalizar. As médicas ainda estão participando do programa de valorização da atenção básica.

Desse modo, estão empolgadas com os novos conhecimentos que serão adquiridos no curso de especialização para que os mesmos possam ser aplicados, juntamente com toda a equipe, em prol de um melhor funcionamento da mesma, para que haja promoção, proteção e recuperação da saúde da comunidade, da melhor forma possível.

1.7- Problema priorizado

Além da constante solicitação de receitas sem consulta médica, como problemas enfrentados na ESF Dona Lica, podem ser listados: a quantidade de pacientes que se apresentam hipertensos em consultas médicas, a quantidade de tabagistas, a organização da agenda da equipe e a presença de gestantes adolescentes.

Após a apresentação da lista de problemas à equipe, foi avaliado o grau de importância de cada problema, a capacidade de enfrentamento pela equipe, assim como a urgência em ser resolvido, conforme o Quadro 1.

Quadro 1. Priorização de problema na ESF Dona Lica

Principais Problemas	Importância	Capacidade de enfrentamento	Urgência
1. Quantidade de pacientes hipertensos	Alta	Dentro	10
2. Quantidade de pacientes que se apresentam hipertensos em consulta médica	Média	Dentro	10
3. Falta de organização da agenda da equipe	Baixa	Dentro	10
4-quantidade de tabagistas	Média	Dentro	10
5-gestantes adolescentes	Média	Dentro	10

Fonte: Braga, 2015.

Desta forma, o problema priorizado foi a alta prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica, que é de aproximadamente 14,19% na população da ESF Dona Lica².

² Sistemas de informação da atenção básica. SIAB. Ministério da Saúde. [Internet]. Brasília, 2014 – 2015. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso em 18 jun. 2015.

2 JUSTIFICATIVA

A HAS é um problema grave de saúde pública, tanto no Brasil, como no mundo. No país, a doença se apresenta como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, se constituindo assim, como responsável, por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana, além de ser, em combinação com o diabetes, responsável por 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Desta forma, demonstra-se como importante condição de saúde, visto que é muito prevalente, possuindo distribuição por todo território nacional³.

Segundo o DATASUS-2015 pode-se concluir que na população de Indianópolis o total de hipertensos é de 395 pessoas cadastradas, totalizando 6% da população total. A área de atuação da nossa ESF conta com uma população de 1888 pessoas, com predominância do sexo feminino. Em toda comunidade adscrita, a maior parte dos indivíduos está na faixa etária de 20 a 59 anos. Ainda, através da coleta de dados pela equipe nos prontuários, e consultas no sistema DATASUS-2015, 268 pessoas são hipertensas, ou seja, 14,19% da população⁴.

Ainda, de acordo com os dados coletados no Sistema de Informações DATASUS, aproximadamente 14% de todas as causas de mortes no município de Indianópolis, estão ligadas à HAS no período de 2013 a março de 2015⁵.

Foi realizada discussão do problema com a equipe e, como nós críticos, ou seja, causas do problema citado, que, caso sejam atacadas, poderá transformá-lo, foram aventadas: a manutenção de hábitos de vida inadequados, a falta de promoção de educação continuada e educação permanente dos profissionais da ESF Dona Lica, a ausência de classificação de risco da população hipertensa, além da ausência de grupos de apoio à condição em questão.

³ Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica: Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília; 2006. 58 p. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf. Acesso em 18 jun. 2006.

⁴ Banco de dados do Sistema Único de Saúde. DATASUS. Ministério da Saúde. Brasil, 2015. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 18 jun. 2015.

⁵ Banco de dados do Sistema Único de Saúde. DATASUS. Ministério da Saúde. Brasil, 2015. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 18 jun. 2015.

Portanto, percebe-se a importância do tema do trabalho, tendo que em vista a quantidade de hipertensos na área de atuação da Equipe de Saúde da Família Dona Lica, assim como a grande morbidade e mortalidade associadas a essa condição.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Propor plano de intervenção para controle da HAS, na população da ESF Dona Lica, no município de Indianópolis, no estado de Minas Gerais.

Objetivos específicos:

Melhorar os hábitos de vida da comunidade da ESF Dona Lica;

Realizar a Classificação de risco da população hipertensa adscrita à ESF Dona;

Realizar grupos de apoio aos portadores de HAS;

Promover Educação continuada e Educação permanente dos profissionais da ESF Dona Lica.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão conceitual sobre o tema Hipertensão Arterial Sistêmica bem como sobre as medidas para controle da condição, e sua eficácia através de pesquisa bibliográfica, de caráter exploratório. Assim, foi executada uma busca em bases de dados Scielo, Lilacs e Medline, por meio dos seguintes descritores combinados entre si: HAS, Fatores de risco, Medidas e Controle. Foram utilizados também livros texto recentes, considerando a relevância e o valor informativo do material, e alguns artigos selecionados a partir de citações em artigos consultados.

Ainda, para definição de ações que farão parte do Plano de Intervenção, foi utilizada a metodologia do Planejamento Estratégico em Saúde ⁶. O plano de ação consiste em medidas que serão implementadas tendo em vista as necessidades atuais da população, para melhorar o controle da HAS.

Dentro do contexto da HAS, pode-se perceber, que, por mais que as informações acerca da condição sejam oferecidas à população, e que o tratamento não medicamentoso e medicamentoso também sejam ofertados, a doença constitui-se direta ou indiretamente como importante sinal observado nas consultas médicas, além de componente observado em associação com outras comorbidades.

Como nó crítico, ou seja, causa do problema citado, que, caso seja atacada, poderá transformá-lo, podem ser identificados:

- A manutenção de hábitos de vida inadequados
- Ausência da Classificação de risco dos Hipertensos
- Ausência de grupos de apoio à condição em questão
- Ausência de promoção a Educação continuada e educação permanente dos profissionais da ESF Dona Lica

Diante do exposto, foram propostas ações para as quais se espera resultados, utilizando produtos que se pretende modificar, através deste projeto de

⁶ Campos FCC; Faria HP; Santos MA. Elaboração do plano de ação. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Nescon/UFMG. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <https://plataforma.nescon.medicina.ufmg.br>. Acesso em 18 jun. 2015.

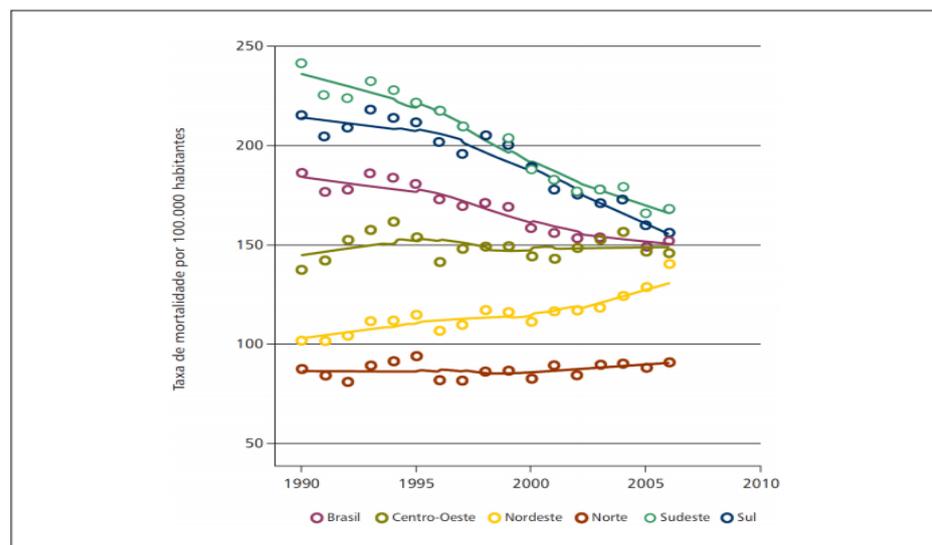
intervenção, assim como os recursos necessários para tal, como será descrito posteriormente.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A HAS caracteriza-se por elevação dos níveis aumentados e sustentados da pressão arterial (PA). Considera-se, atualmente, níveis $\geq 140/90$ mmHg. Frequentemente é associada a alterações estruturais e/ou funcionais de órgãos afetados, os quais são denominados: órgãos alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos), além de alterações metabólicas, levando a um aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais ⁷.

A HAS é considerada um dos principais problemas de saúde pública, possuindo altas taxas de prevalência, no Brasil e no mundo, porém baixas taxas de controle⁶. Segundo dados contidos na VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, a mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA (pressão arterial) a partir de 115/75 mmHg. Ainda, segundo dados contidos no mesmo documento, em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo, foram atribuídas à elevação da PA, sendo 54% por acidente vascular encefálico, e 47% por doença isquêmica do coração. No Brasil por sua vez, tem sido a principal causa de mortalidade, conforme descrito na figura 1, de acordo com a região:

Quadro 2: Taxas ajustadas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório nas regiões brasileiras.



Fonte: Dasis/SVS/Ministério da Saúde, 2010.

⁷ 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 p.

Assim, as doenças cardiovasculares (DCV), têm sido responsáveis por grande parte das internações, aumentando custos médicos e socioeconômicos. Segundo sistema de dados DATASUS, em 2007 foram registradas 1.1571.509 internações por DCV, pelo SUS⁸. Nesse contexto, sobre gastos, em novembro de 2009, as internações por DCV resultaram em um custo de 165.461.645 reais⁷.

De acordo com o Departamento de Pressão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia, a prevenção do aumento dos níveis pressóricos, assim como o controle dos mesmos quando aumentados, constitui-se método mais eficiente de combater a HAS e, conseqüentemente a morbimortalidade ligada a ela, evitando também, gastos elevados com o tratamento de suas complicações⁹.

Como fatores de risco para HAS podem ser citados: a idade, sendo que quanto maior a idade, maior o risco de se desenvolver a HAS; o gênero e etnia, sendo mais prevalente no sexo masculino e na raça negra, entretanto, nesse contexto deve ser levado em consideração o alto grau de miscigenação no Brasil. Ainda, o excesso de peso e obesidade, assim como a alta ingestão de sal, a ingestão de álcool, o sedentarismo, menor escolaridade e genética, também são citados como fatores de risco para o desenvolvimento da HAS¹⁰.

Em se tratando de prevenção e controle desta condição, segundo Lewington S, et. al; Viegas CAA, et. al; e Rainforth MV, et. al; para prevenção e controle da HAS, mudanças no estilo de vida, são entusiasticamente recomendadas. Assim, podem ser citados, alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo^{11,12,13}.

Dessa forma, percebe-se a necessidade da instituição das medidas de mudanças nos hábitos de vida da população hipertensa.

⁸ Banco de dados do Sistema Único de Saúde. DATASUS. Ministério da Saúde. [Internet]. Brasil, 2015. Acesso em 18 jun. 2015. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.

⁹ Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Hipertensão Arterial. **Prevenção primária da Hipertensão Arterial**. Cap. 7. Disponível em <http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/capitulo7.asp>. Acesso em 26 set de 2015.

¹⁰ Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, op. cit., loc. cit.

¹¹ Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, for the Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002; 360: 1903–1913

¹² Viegas CAA, Araújo AJ, Menezes AMB, Dórea AJP, Torres BS. Diretrizes para cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol* 2004; 30 (Supl2): S1–S76.

¹³ Rainforth MV, Schneider RH, Nidich SI, Gaylord-King C, Salerno JW, Anderson JW. Stress reduction programs in patients with elevated blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Curr Hypertens Rep* 2007; 9: 520-528.

Além disso, para se atingir níveis tensionais controlados em hipertensos, o paciente portador da condição, frequentemente precisa de estímulo para mudanças em seu estilo de vida, assim como ajustes no tratamento. Dessa forma, faz-se importante ressaltar, a importância da criação de programas e políticas de saúde, para a atenção, no contexto da HAS¹⁴.

Segundo PIERIN; et al, foi observado que hipertensos não controlados realizavam menos atividade física, e, que o conhecimento sobre a doença influenciava diretamente nestas práticas. Assim, o grau de conhecimento sobre a doença e o tratamento também pode influenciar no controle da HAS, já que interfere até mesmo com a adesão ao tratamento. Neste cenário, acrescentam-se outros fatores que influenciam, tais como crenças de saúde, antecedentes familiares mórbidos e atitudes frente ao tratamento, com destaque para o histórico familiar¹⁵.

Para PIERIN; et al, 2009, p. 1398:

Os comportamento e atitudes são de longa data e, para se obter mudanças ou minimizar atitudes que possam comprometer a realização adequada do tratamento, a equipe de saúde precisa ter conhecimento e habilidade de práticas de educação.

Ainda, a literatura demonstra a necessidade de aperfeiçoamento da qualidade da comunicação entre médico e paciente, além de ações a serem desenvolvidas por outros profissionais, como o enfermeiro e o farmacêutico, que devem contribuir para um trabalho em equipe, visando à saúde do paciente. Do mesmo modo, o apoio do médico aos demais membros da equipe é necessário para o sucesso do processo educativo e a adesão ao tratamento¹⁶.

Desta forma, ressalta-se a importância da equipe de saúde ter conhecimentos sobre a condição discutida, assim como, sobre a maneira de abordar o paciente portador, para que haja maior adesão ao tratamento. Neste contexto, pode-se lançar mão da educação permanente e educação continuada.

¹⁴ Ana Carolina NR, Angela Maria GP. **Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo.** Ver Esc Enferm. USP. 2014. 811 p.

¹⁵ PIERIN, ANGELA, M., G. **Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo.** São Paulo. Jun 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a74v16s1.pdf>. Acesso em 26 set de 2015

¹⁶ Lyra Júnior DP, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. Rev Latino-am Enfermagem 2006 maio-junho; 14(3):435-41.

Segundo Peduzzi, et al (2011, apud SANTANA, p. 3):

Educação Continuada envolve as atividades de ensino após a graduação (atualização), possui duração definida e utiliza metodologia tradicional, enquanto a Educação Permanente estrutura-se a partir de dois elementos: as necessidades do processo de trabalho e o processo crítico como inclusivo ao trabalho¹⁷.

Ainda, sobre a HAS, esta pode ser classificada de acordo com o quadro a figura a seguir:

Classificação da pressão arterial de acordo com medidas casuais no consultório:

Quadro 3: Classificação da pressão arterial de acordo com medidas casuais no consultório.

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

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

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, op. cit., p.8. 2010

A avaliação clínica e laboratorial do paciente hipertenso possui como principais objetivos:

Confirmar o diagnóstico de HAS, através da medida da PA;

Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares;

Pesquisar lesões em órgãos alvo, clínicas e subclínicas;

Pesquisar a presença de outras doenças associadas;

Estratificar o risco cardiovascular global;

¹⁷ Peduzzi, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. Interface – Comunic., Saúde, Educ. [periódico na Internet], ISSN 1414-3283. 2009. Disponível em: <http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo127.pdf>. Acesso em 29 set de 2015.

Avaliar indícios do diagnóstico de Hipertensão arterial secundária¹⁸.

O escore de Framingham consiste em uma forma de estimar o risco absoluto, em 10 anos de doença arterial coronariana. A oportunidade de se estimar este risco permite a realizações de ações no âmbito de prevenção, e, principalmente, dirigir a estratégia populacional, e a busca de alto risco¹⁹.

Desta forma, ressalta-se a importância da implementação deste escore na prática da atenção básica, tendo em vista a possível redução da morbimortalidade associada aos fatores de risco cardiovasculares.

Em se tratando do tratamento da HAS, além da terapia medicamentosa, medidas como atividade física e modificações na alimentação atuam na redução e até mesmo no controle dos níveis pressóricos. O exercício físico aeróbio, realizado regularmente, provoca importantes adaptações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar no sistema cardiovascular, no sentido de reduzir os níveis de PA em repouso²⁰.

Ainda, faz-se importante ressaltar a importância das hortas comunitárias, as quais, conforme demonstrado em pesquisa realizada em Maringá-Paraná (Fernandes; Souza; Júnior; 2013), atuam na melhora dos hábitos alimentares da população no geral, além de contribuir para complementação das famílias e atuar como instrumento de aprendizagem para indivíduos participantes²¹.

Ainda, segundo a literatura, os grupos de apoio a HAS, são bastante prevalentes na atenção básica no Brasil, porém pouco estudados, no sentido de averiguar o benefício através da instituição dos mesmos. Entretanto, em estudo realizado na população finlandesa, pode ser percebida redução da mortalidade por doenças cardiovasculares após 22 anos de um programa de seguimento: "North Karelia Project". Da mesma forma, em estudo realizado em Florianópolis-SC (Amaral; Tesser; Müller; 2013), foram investigados os potenciais benefícios ocorridos durante a participação de hipertensos em grupo de apoio à condição. Os

¹⁸ Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, op. cit., loc. cit.

¹⁹ Lotufo PA. **O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares**. Rev Med (São Paulo). 2008 out.-dez.;87(4):232-7.

²⁰ Maria Urbana P. Brandão Rondon, Patricia Chakur Brum. **Exercício Físico como tratamento não farmacológico para Hipertensão Arterial Sistêmica**. Revista Brasileira de Hipertensão. 10: 134-139, 2003.

²¹ Renata F, Nadia Roberta P G S, Joaquim M G. **Benefício da implantação do programa hortas comunitárias em Maringá-Paraná**. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – B. Vol.4,n.1,pp.79-82 Set - Nov 2013.

achados finais do estudo sugeriram que a abordagem grupal pode ser ferramenta importante no manejo do apoio social a esses pacientes, na qualidade de vida dos mesmos, além de melhorar a função educativa, que, como já citado neste trabalho, aumentam a adesão ao tratamento, favorecendo a maiores níveis de controle da HAS²².

A avaliação da eficácia dos serviços encarregados dos cuidados com os hipertensos, com a identificação de pontos fortes na atuação, pode representar importante ferramenta de gestão e planejamento²³.

²² AMARAL, R.P.; TESSER, C.D; MÜLLER, P. **Benefícios dos grupos no manejo da hipertensão arterial sistêmica: percepções de pacientes e médicos.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. RJ, 2013, jul-set; p 197.

²³ FILHO, G.C.G; et al. **Evolução da Pressão Arterial e Desfechos Cardiovasculares de Hipertensos em um Centro de Referência.** Sociedade Brasileira de Cardiologia. Goiás; 2014.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Manutenção de hábitos de vida inadequados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dona Lica, em Indianópolis, Minas Gerais

Nó crítico 1	Manutenção de hábitos de vida inadequados.
Operação	Estabelecer práticas para melhorar hábitos de vida.
Projeto	Hábitos saudáveis para todos.
Resultados esperados	Melhora nos hábitos alimentares. Redução de pelo menos 10% do peso dos participantes. Redução dos níveis pressóricos dos hipertensos.
Produtos esperados	Grupo de hipertensos. Grupo de atividades físicas assistidas. Hortas comunitárias.
Atores sociais/ responsabilidades	Toda ESF, gestão e comunidade.
Recursos necessários	Estrutural: Espaços comunitários. Cognitivo: conhecimento sobre o tema Financeiro: Para adquirir insumos e profissionais qualificados. Político: apoio do secretário para conseguir espaço na Rádio(a fim de manter a população orientada sobre as atividades); Para conseguir contratação de profissionais qualificados para lidar com o plantio de alimentos. Organizativo: reorganizar agenda da equipe para desenvolver as operações a serem executadas
Recursos críticos	Financeiro
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Gestão Motivação: Contrária

Ação estratégica de motivação	Apresentar a proposta ao prefeito, sua importância, necessidade e impactos positivos que poderão ser gerados.
Responsáveis:	Médico, Enfermeiros e Agentes comunitários de saúde.
Cronograma / Prazo	Início em 2 meses. Duração: Enquanto o problema for relevante na área de abrangência.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Será acompanhada por toda equipe, através de vigilância pelo cronograma, dependendo de cada responsável pelas ações.

Braga; 2015.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Ausência de grupos de hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dona Lica, em Indianópolis, Minas Gerais .

Nó crítico 2	Ausência de grupos de hipertensos
Operação	Estabelecer o grupo de hipertensos
Projeto	Grupos de hipertensos
Resultados esperados	Atender 100% da demanda instituída aos grupos. Conseguir adesão de pelo menos 70% dos hipertensos da área de abrangência da eSF Dona Lica.
Produtos esperados	Grupo de hipertensos. Campanha na rádio local.
Atores sociais/ responsabilidades	Toda eSF, gestão e comunidade.
Recursos necessários	Estrutural: Espaço comunitário (por exemplo a Unidade de Saúde da família Dona Lica). Cognitivo: identificar material e pessoa para capacitar profissionais Financeiro: aquisição de materiais para confecção de material educativo Político: Apoio da gestão.

	Organizativo: reorganizar agenda da equipe para desenvolver as operações a serem executadas.
Recursos críticos	Financeiro
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Gestão Motivação: Indiferente
Ação estratégica de motivação	Apresentar a proposta ao prefeito, sua importância, necessidade e impactos positivos que poderão ser gerados.
Responsáveis:	Enfermeiro: pelas operações, através da criação do cronograma de assuntos a serem tratados no grupo. Agentes comunitários de saúde(ACS): através da convocação dos hipertensos a participarem das reuniões, assim como definição da próxima reunião do paciente. Os ACS também atuarão realizando a busca ativa dos pacientes que se ausentarem aos grupos. Médico, nutricionista, psicólogo, ACS, dentista e enfermeiro: através da realização de palestras, discussões, dinâmicas, enfim, da programação dos temas que serão discutidos nos grupos.
Cronograma / Prazo	Início em 1 a 2 meses. Duração: Enquanto o problema for relevante na área de abrangência.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Será acompanhada por toda equipe, através de vigilância pelo cronograma, dependendo de cada responsável pelas ações.

Braga; 2015.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Ausência de Classificação de risco dos Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dona Lica, em Indianópolis, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Ausência de Classificação de risco dos Hipertensos
Operação	Avaliação do Risco Cardíaco pelo escore de Framingham

Projeto	Classificação do risco cardiovascular dos Hipertensos
Resultados esperados	Realizar a classificação de risco de 100% da população hipertensa
Produtos esperados	-Médico e enfermeiro bem capacitados.
Atores sociais/ responsabilidades	Toda eSF.
Recursos necessários	Estrutural: Sala para o enfermeiro e médico realizarem a classificação de risco. Cognitivo: Conhecimento sobre como se realiza a classificação de risco através do escore de Framingham. Financeiro: para realização de exames para classificação de risco Político: Gestão para apoiar a realização de exames necessários a classificação de risco. Organizacional: Diminuição do atendimento à demanda espontânea.
Recursos críticos	Financeiro e Político.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Gestores Motivação: Contrária
Ação estratégica de motivação	Apresentar a proposta a gestão, sua importância, necessidade e impactos positivos que poderão ser gerados.
Responsáveis:	Médico e Enfermeiro: Através da classificação de risco cardiovascular dos pacientes hipertensos, avaliando, em cada grupo de hipertensos, cada paciente presente, no sentido de reduzir o risco cardiovascular.
Cronograma / Prazo	Início: em 15 dias Duração: no máximo 4 meses para realizar a classificação de risco de toda comunidade adscrita.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Será acompanhada por toda equipe, através de vigilância pelo cronograma, dependendo de cada responsável pelas ações.

Braga; 2015.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Ausência de educação continuada e Educação permanente dos profissionais da ESF Dona Lica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dona Lica, em Indianópolis, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Educação continuada dos profissionais da ESF Dona Lica
Operação	Estabelecer práticas para realização de educação continuada na eSF Dona Lica.
Projeto	Educação continuada para todos
Resultados esperados	Realizar reunião de equipe quinzenalmente. Qualificação voltada à atenção básica.
Produtos esperados	Cursos de aprimoramento Reuniões de equipe voltadas a discussão de temas de saúde pública.
Atores sociais/ responsabilidades	Toda eSF e gestão.
Recursos necessários	Estrutural: Espaços comunitários. Cognitivo: Conhecimento sobre os temas discutidos nas reuniões de equipe, por aquele que for responsável por conduzir. Financeiro: Recursos para o deslocamento e inserção da eSF aos cursos de aprimoramento. Organizacional: Destinar dias e horários pré estabelecidos para as atividades de educação continuada, modificando a organização da agenda.
Recursos críticos	Financeiro
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Gestão Motivação: Contrária
Ação estratégica	Apresentar a proposta a gestão, sua importância, necessidade

de motivação	e impactos positivos que poderão ser gerados.
Responsáveis:	Gestores: Através da inserção da equipe em cursos de capacitação. Enfermeira, Médica, Técnica de enfermagem, Dentista, ACS, Nutricionista, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga: através da discussão de temas relativos a sua função, a fim de acrescentar no conhecimento integral da equipe.
Cronograma / Prazo	Início: em 1 mês. Duração: Sempre
Gestão, acompanhamento e avaliação	Será acompanhada por toda equipe, através de vigilância pelo cronograma, dependendo de cada responsável pelas ações

Braga; 2015.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do que foi exposto, pode-se perceber que a HAS, assim como outras doenças crônicas e degenerativas, apresenta-se muito prevalente, sendo que o município de Indianópolis também demonstra esta realidade. Por ser passível da realização de diagnóstico precoce, assim como controle através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, demonstra-se relevância na análise dessas medidas, assim como sua aplicabilidade prática. Assim, faz-se necessário enfatizar a importância de tais medidas, principalmente no que se refere à redução da morbimortalidade.

Dessa maneira, através do projeto de intervenção em questão objetiva-se a realização de medidas não farmacológicas para controle da HAS. Dentre os recursos críticos para implementação do projeto em questão, os principais são os econômicos e cognitivos. Dentro deste contexto, a falta de profissionais capacitados e a dificuldade em se adquirir recursos financeiros para deslançar o projeto, ainda constituem-se como problemas a serem resolvidos.

Entretanto, mesmo com as dificuldades, acredita-se que a implementação do projeto trará diversas vantagens, principalmente no que tange a um maior controle da HAS na comunidade adscrita a ESF Dona Lica, e, por consequência possível redução da morbimortalidade e dos gastos em saúde condicionados a esta doença.

Portanto, pode-se dizer que o projeto de intervenção descrito trará benefícios à comunidade usuária do serviço de saúde, tais como a melhoria nos hábitos de vida, a classificação de risco da população hipertensa através do escore de Framingham, com vista à redução do risco cardiovascular, a criação de grupos de apoio à HAS além da educação continuada e permanente à equipe de saúde da família Dona Lica. Tais medidas, podem melhorar o manejo a HAS e promover a saúde dos envolvidos, assim como se aplicadas de forma dialogal e participativa, poderão ter seus benefícios ampliados.

8 REFERÊNCIAS

N R, Ana Carolina; G P, Angela Maria. **Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo.** Ver Esc Enferm. USP. 2014. 811 p.

P M G, Angela. **Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo.** São Paulo. Jun 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a74v16s1.pdf>. Acesso em 26 set de 2015.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde.** Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 18 jul de 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE. Divisão Territorial Brasileira.** Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em:08 de jun de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica: **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília; 2006. 58 p. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad15.pdf. Acesso em 18 jun. 2006.

Banco de dados do Sistema Único de Saúde. **DATASUS.** Ministério da Saúde. Brasil, 2015. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 18 jun. 2015

CAMPOS, F C C; FARIA, H P; SANTOS, M A. Elaboração do plano de ação.Planejamento e avaliação das ações em saúde. Nescon/UFMG. Belo Horizonte,2010. Disponível em: <https://plataforma.nescon.medicina.ufmg.br>. Acesso em 18 jun. 2015

C C F, Gilberto; L S Ana Luiza; S V J, Thiago; S B S, Weimar; B V J, Paulo Cesar. **Evolução da Pressão Arterial e Desfechos Cardiovasculares de Hipertensos em um Centro de Referência.** Sociedade Brasileira de Cardiologia. Goiás; 2014.

LEWINGTON, S; CLARKE, R; QIZILBASH, N; PETO, R; COLLINS, R; for the Prospective Studies Collaboration. **Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies.** Lancet 2002; 360: 1903–1913.

LOTUFO, P A. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. Rev Med (São Paulo). 2008 out.-dez.;87(4):232-7.

LYRA JÚNIOR, DP; AMARAL, RT; VEIGA, EV; CÁRNIO, EC; NOGUEIRA, MS; Pelá IR. **A farmacoterapia no idoso:** revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. Rev Latino-am Enfermagem 2006 maio-junho; 14(3):435-41.

BRANDÃO R, Maria U P; C B, Patricia. **Exercício Físico como tratamento não farmacológico para Hipertensão Arterial Sistêmica.** Revista Brasileira de Hipertensão. 10: 134-139, 2003

P, Marina; A D G, Débora; P B, Carina; S L, Fabiana; A M S, Jaqueline. **Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo.** Interface – Comunic., Saúde, Educ. [periódico na Internet], ISSN 1414-3283. 2009. Disponível em: <http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo127.pdf>. Acesso em 29 set de 2015

RAINFORTH, MV; SCHNEIDER, RH; NIDICH, SI; GAYLORD-KING, C; SALERNO, JW; ANDERSON, JW. **Stress reduction programs in patients with elevated blood pressure: a systematic review and meta-analysis.** Curr Hypertens Rep 2007; 9: 520-528.

F, Renata; P G S, Nadia Roberta; M G, Joaquim. **Benefício da implantação do programa hortas comunitárias em Maringá-Paraná.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – B. Vol.4,n.1,pp.79-82 Set - Nov 2013

P A, Rodrigo; D T, Charles; M, Pedro. **Benefícios dos grupos no manejo da hipertensão arterial sistêmica: percepções de pacientes e médicos.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. RJ, 2013, jul-set; p 197.

Sistemas de informação da atenção básica. **SIAB.** Ministério da Saúde. [Internet]. Brasília, 2014 – 2015. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso em 18 jun. 2015.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Hipertensão Arterial. **Prevenção primária da Hipertensão Arterial.** Cap. 7. Disponível em <http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/capitulo7.asp>. Acesso em 26 set de 2015.

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

VIEGAS, CAA; ARAÚJO, AJ; MENEZES, AMB; DÓREA, AJP; TORRES, BS. **Diretrizes para cessação do tabagismo.** J Bras Pneumol 2004; 30 (Supl2): S1–S76.