

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

**VICTOR NASCIMENTO DA SILVA**

**PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, UNIDADE 1 CORDISBURGO-  
CENTRO- MINAS GERAIS.**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

**2015**

**VICTOR NASCIMENTO DA SILVA**

**PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, UNIDADE 1 CORDISBURGO-  
CENTRO- MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS**

**2015**

**VICTOR NASCIMENTO DA SILVA**

**PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, UNIDADE 1 CORDISBURGO-  
CENTRO- MINAS GERAIS.**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 17/09/ 2015.

## RESUMO

A partir do diagnóstico situacional realizado na Estratégia Saúde da Família, Unidade 1 Cordisburgo-Centro, na cidade de Cordisburgo-Minas Gerais, percebeu-se grande número de pessoas hipertensas. Assim, este estudo objetivou elaborar um projeto de intervenção com o propósito de melhorar os níveis de controle da hipertensão arterial nos usuários assistidos pela equipe de saúde da família da Unidade 1 Cordisburgo-Centro. A elaboração do plano se baseou também, por meio de pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual à Saúde, com os descritores: hipertensão, prevenção e Atenção Primária à Saúde. Buscou-se com a implementação do plano melhorar os níveis pressóricos e comorbidades desses pacientes, através de medidas simples e abrangentes. As principais ações executadas foram o aumento do número de consultas, as reuniões de Hiperdia em conjunto com o “Encontro da Saúde”. Os resultados colhidos mostraram que frutos positivos foram alcançados, com aumento da proporção do controle dos níveis pressóricos e redução do risco cardiovascular de alguns pacientes.

**Palavras-Chave:** Hipertensão. Prevenção. Atenção Primária à Saúde

## **ABSTRACT**

From the situational diagnosis made in the Family Health Strategy, Unit 1 Cordisburgo-center in the town of Minas Gerais-Cordisburgo, it was noticed large number of hypertensive individuals. This study aimed to develop an intervention project with the aim of improving the control of blood pressure levels in users assisted in ESF Unit 1 Cordisburgo-center. The preparation of the plan was based, also, by means of literature in the Virtual Health Library, with descriptors: Hypertension, prevention and primary health care. Search up with the plan's implementation to improve blood pressure levels and comorbidities of these patients, through simple and comprehensive measures. The main actions taken were increasing the number of consultations, the Hiperdia meetings together with "Health Summit". The collected results showed that positive results have been achieved, with an increased proportion of the control of blood pressure and reducing cardiovascular risk in some patients.

**Key words:** Hypertension. Prevention. Primary health care

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>9</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>10</b>
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>11</b>
<b>5 PLANO DE AÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>22</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Cordisburgo é uma cidade brasileira criada entre 1890 e 1891 com a denominação de Cordisburgo da Vista Alegre, passando a ser denominada apenas Cordisburgo a partir de 1923, e subordinada ao município de Paraopeba. Foi elevado à categoria de município pelo decreto-lei Estadual nº 148, de 17 de dezembro de 1938. Localiza-se na região centro-oeste de Minas Gerais, próximo à cidade de Sete Lagoas e tem área de aproximadamente 823.125 km<sup>2</sup> e população de 8.667 habitantes de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011).

É uma cidade pequena, que não tem atividade industrial, tendo como maior fonte de emprego escolas, trabalhos rurais e prefeitura. Dados do IBGE (2011) apresentam Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 75 440 mil reais e PIB *per capita* de R\$ 8.716,81 e um IDH de 0,656, calculado em 2010.

No que diz respeito ao setor saúde, o município tem três unidades básicas de saúde (UBS), não possuindo equipe fixa nas comunidades rurais. Não tem hospitais e os procedimentos de média e alta complexidade, são referenciados para a cidade de Sete Lagoas.

A unidade de saúde onde trabalho encontra-se localizada na zona urbana de Cordisburgo, abrangendo uma população de 2.245 pessoas.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) unidade 1, denominada Cordisburgo-Centro atualmente está bem equipada e conta com os recursos necessários para o desenvolvimento do trabalho da nossa equipe, a qual está formada por: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS), um gerente, dois auxiliares de limpeza e um porteiro. A equipe recebe o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) duas vezes por semana. O NASF é composto por três dentistas, duas auxiliares de saúde bucal, um fisioterapeuta, uma nutricionista, uma assistente social.

Durante a realização de aproximação com a unidade, foi feito o diagnóstico situacional do território da Unidade Básica de Saúde, Unidade 1 Cordisburgo-Centro, em atendimento às atividades do módulo de planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) quando foram identificados como principais problemas:

Dor lombar.

Hipertensão arterial sistêmica (HAS)

Diabetes mellitus.

Dentre esses três problemas de maior prevalência elegeu-se como o principal, no momento, a HAS, cujo maior “nó crítico” percebido foi a falta de entendimento e conscientização do paciente em cumprir o tratamento corretamente, não alcançando seu controle. Assim, considerando a relevância da hipertensão arterial (HA) como importante fator de risco cardiovascular, sua alta prevalência mundial e o aumento da probabilidade de desfechos circulatórios fatais ou não fatais quando a ela estão associados outros fatores de risco, fica evidente a necessidade de caracterizar melhor sua ocorrência local.

A expectativa é que o projeto de intervenção busque sanar esse problema e aponte as possibilidades para melhorar os níveis de controle da hipertensão arterial nos usuários assistidos. Isto porque a HAS, atualmente, requer intenso estudo e compreensão da situação populacional para que se possa construir planos de ação efetivos para melhorar o controle desta doença tão prevalente, prevenindo complicações futuras.



## **2 OBJETIVO**

**Elaborar um projeto de intervenção com o propósito de melhorar os níveis de controle da hipertensão arterial nos usuários assistidos no ESF Unidade 1 Cordisburgo-Centro.**

### **3 METODOLOGIA**

Elaborou-se um plano de ação a partir do problema identificado como prioritário na ESF Unidade 1 Cordisburgo-Centro, no município de Cordisburgo, durante o período de janeiro a dezembro de 2014.

Reafirma-se que a HAS foi considerada como o principal problema a ser superado, com a participação de todos os integrantes da equipe de saúde de família da unidade da unidade.

Para dar sustentação ao plano, foi realizada uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio dos seguintes descritores:

Hipertensão.

Prevenção.

Atenção Primária à Saúde.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

Para discutir saúde temos que buscar conhecimento em outras áreas e acompanhar o processo de evolução civilizatória. Isto porque “as intensas transformações políticas, econômicas e sociais por que vem passando o Brasil nas últimas décadas têm gerado complexos processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional” (FREESE; FONTBONNE, 2006, p.17).

Estas transformações geram consequências importantes, tendo como principais delas o aumento na longevidade da população com um importante incremento na expectativa de vida, modificações nos hábitos alimentares e nos estilos de vida e a passagem de um perfil de elevada mortalidade em crianças, com predomínio das doenças infecciosas e parasitárias, para um perfil de elevada mortalidade em idades mais avançadas (CESSE; FREESE, 2006, p. 48).

Tal realidade é evidenciada diariamente pelos profissionais da saúde e pelas estatísticas, que acompanham o crescimento progressivo da população idosa, e a melhora na assistência à população infantil, reduzindo drasticamente seu índice de mortalidade.

Para Oliveira e Moreira (2010), com o propósito de garantir qualidade de vida, diminuir as consequências e os efeitos do processo de envelhecimento, diversos estudos têm focado as inúmeras possibilidades de ações dos profissionais de saúde junto a esse grupo populacional, em especial os médicos e enfermeiros.

A maioria das doenças que leva a óbito está entre doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), doenças estas que tem aumento marcante no perfil de morbimortalidade da população, constituindo-se em problemas de saúde pública. Dentre esse grupo de doenças, estão as cardiovasculares (DCV), o diabetes mellitus e algumas neoplasias (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2003).

Ainda caracterizando as doenças crônicas não transmissíveis, “a hipertensão arterial (HA) encontra-se entre as DCNT mais prevalentes entre as pessoas, sendo, na maioria dos casos, assintomática” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA;

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010, p.1).

Discorrendo sobre a incidência da hipertensão arterial, dados nacionais mostram que a “HA é a enfermidade vascular mais frequente no mundo, sendo o fator de maior risco para doenças cerebrovasculares, com causa predominante de morte no Brasil” (LESSA, 2010, p. 1470).

São características intrínsecas à hipertensão arterial sistêmica ser uma doença silenciosa, de alta prevalência, diagnóstico e controle imprescindíveis no tratamento de doenças graves, como a insuficiência cardíaca congestiva, as doenças cerebrovasculares, o infarto agudo do miocárdio, nefropatia hipertensiva, dentre outras (RABETTI; FREITAS, 2011)

Por esse motivo, as DCNT tornaram-se foco da atenção de todas as equipes das Estratégias de Saúde da Família, onde os médicos e os demais profissionais da equipe de saúde desenvolvem ações que objetivam reduzir a incidência desta doença, tanto quanto alcançar o controle de patologias, como diabetes, obesidade e hipertensão arterial sistêmica, entre outras.

Na unidade estudada, ESF Unidade 1 Cordisburgo-Centro, os maiores vilões no tratamento da HAS são a falta de entendimento e conscientização do tratamento adequado, o que tem sintonia com os estudos de vários autores.

Constantine *et al.* (2008, p. 51) comentam que

Vários fatores podem estar ligados, alguns de cunho físico, outros de cunho genético e outros de cunho pessoal, como os relacionados ao hipertenso, chamados biossociais; à doença na sua cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias; ao tratamento como os efeitos indesejáveis das drogas e esquemas complexos; a aspectos institucionais, como acesso ao serviço de saúde e ao relacionamento da pessoa hipertensa com a equipe de saúde.

Segundo as Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Hipertensão e Nefrologia, (2010), além do tratamento medicamentoso, deve ser feito o tratamento não medicamentoso, com mudanças de estilo de vida que englobam: controle de peso,

estilo alimentar, redução do consumo de sal, aumento do consumo de fibras, redução do álcool e tabagismo, evitar estresse, entre vários outros. Sabe-se que tudo isso só é possível com ajuda e orientação profissional.

Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não-fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade. As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com vários medicamentos diferentes, embora a maioria dos estudos utilize, no final, associação de anti-hipertensivos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010, p. 22).

12

Para Pierin *et al.* (2011), alguns resultados positivos só serão obtidos quando se promover diálogo e manter contato com o paciente que deverá, a partir de escuta, ser estimulado para as mudanças de estilos de vida, adaptações no tratamento. Isso ocorre quando o paciente compreende o que o profissional lhe diz. Nesse sentido, os programas e políticas de saúde para a atenção ao hipertenso são essenciais e a criação de uma rede de informação que permita um seguimento efetivo dos hipertensos é etapa imprescindível na assistência.

Tal situação marca a importância de todos os profissionais de saúde acerca dessa patologia, destacando que “torna-se imprescindível que o cuidado produzido por eles seja embasado por escuta, acolhimento, ética, diálogo, autonomia, respeito, liberdade, cidadania e criatividade, de modo a impulsionar mudanças em suas práticas” (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007, p. 817).

Complementando esses dizeres, Gomes e Pinheiro (2005, p. 289) afirmam: “Assim, a primeira ação a ser desenvolvida com o usuário inclui a escuta sensível de suas necessidades de saúde, aliada ao acolhimento, visando concretizar atenção integral aos usuários em seu contexto familiar e comunitário.”

Para que isso seja garantido em todos os serviços de saúde é preciso conforme explicitam Cecílio, 2001 *apud* Pinheiro; Mattos (2001, p.119):

A existência de profissionais que buscam assegurar a criação de vínculos efetivos entre equipe de saúde e usuários, bem como o estabelecimento de relações de troca e confiança contribuirá significativamente para a corresponsabilização dos usuários e família no cuidado com a saúde.

Todos esses quesitos estão sendo implantados paulatinamente estimulado por todos os integrantes na ESF.

Portanto, frente ao panorama descrito, que aponta a alta incidência da hipertensão, sua influencia nas mortes decorrentes de doenças cerebrovasculares, os aspectos relacionados ao manejo do indivíduo com hipertensão arterial e a prioridade que foi dada a este problema pela equipe da qual faço parte, foi realizado um projeto de intervenção que teve como finalidade estudar a prevalência do controle da hipertensão arterial no ESF Unidade 1 Cordisburgo-Centro, identificando e modificando os “nós críticos”, sendo eles o tratamento inadequado e a falta de conhecimento sobre a doença, através de ações efetivas em saúde.

## 5 PLANO DE AÇÃO

Durante a realização do diagnóstico situacional como uma das atividades do módulo de planejamento e avaliação de ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), na Unidade Básica de Saúde 1 Cordisburgo-Centro, identificaram-se como principais problemas a dor lombar, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus*. Dentre esses três, destacou-se como o principal problema a ser trabalhado, no momento, a HAS e como nó crítico fundamental: a falta de entendimento e conscientização do paciente em cumprir o tratamento corretamente, prejudicando o controle da hipertensão.

Para enfrentar esse problema identificado como prioritário foi elaborado um Plano de Ação com os seguintes objetivos:

- Combater os nós críticos (má adesão ao tratamento; desconhecimento sobre a patologia) através de estímulo de mudanças no estilo de vida dos hipertensos do ESF Unidade 1 Cordisburgo-Centro.
- Fazer levantamento epidemiológico da área assistida pelo ESF Unidade 1 Cordisburgo-Centro.
- Aumentar o número de atendimentos aos hipertensos do ESF Unidade 1 Cordisburgo-Centro.
- Atentar aos possíveis novos diagnósticos de HAS no ESF Unidade 1 Cordisburgo-Centro.

As ações, os responsáveis e o cronograma planejado para atingir os objetivos propostos estão apresentados no Quadro 1 e a metodologia de trabalho utilizada está descrita no item 5 deste trabalho.

Quadro 1 – Plano de ação elaborado na perspectiva de intervenção, o propósito de melhorar os níveis de controle da hipertensão arterial nos usuários assistidos no ESF Unidade 1 Cordisburgo-Centro.

Objetivo	Ação(ões)	Responsável	Cronograma (mês e ano)
<p><b>1 - Combater os nós críticos através de estímulo de mudanças no estilo de vida dos hipertensos do ESF Unidade 1 Cordisburgo-Centro.</b></p>	<p>1.1 Articular reuniões quinzenais com os pacientes, a fim de discutir o acerca da HAS, de diferentes maneiras;</p> <p>1.2 Orientar os ACS para identificarem os hábitos e possibilidades de estímulo a hortas e outras alternativas.</p> <p>1.3 Mobilizar os ACS para fazer busca ativa desses pacientes, assim como convidá-los para essas reuniões de HIPERDIA.</p>	<p>Gerente e profissionais medico e enfermeiro</p>	<p>Desde janeiro 2015</p>
<p><b>2 - Aumentar o número de atendimentos aos hipertensos do ESF Unidade 1 Cordisburgo-Centro.</b></p>	<p>2.1 Adotar o protocolo de atendimento do MS, estabelecendo a frequência da consulta do médico e do enfermeiro e exames a serem solicitados por cada profissional;</p> <p>2.2 Ampliar os horários na agenda do médico e do enfermeiro para o atendimento dos hipertensos;</p> <p>2.3 Orientar os ACS em relação ao projeto e a expansão da agenda, estabelecendo nº de vagas para cada ACS agendar.</p>	<p>Enfermeiro e Médico</p>	<p>Desde janeiro 2015</p>



<p><b>3 - Atentar aos possíveis novos diagnósticos de HAS no ESF Unidade 1 Cordisburgo-Centro.</b></p>	<p>3.1 Rever com os ACS o conhecimento que eles já têm sobre HAS, principalmente sobre o que eles podem observar no domicílio, e a melhor forma de abordar os usuários.</p> <p>3.2 Realizar mais efetivamente o screening de hipertensão, de maneira correta e eficaz.</p>	<p>Enfermeiro, ACS e Médico.</p>	<p>Desde janeiro 2015</p>
<p><b>4 – Estimular a redução do sedentarismo</b></p>	<p>4.1 Estimular a atividade física através de reunião semanal, de nome “ENCONTRO DA SAÚDE”, nas quais os pacientes encontram-se para se exercitar.</p> <p>4.2 Solicitar auxílio do fisioterapeuta, afim de manter essa reunião em funcionamento, com condução técnica dele, com planejamentos de séries adequadas e exercícios.</p>	<p>Fisioterapeuta</p>	<p>Desde março 2015</p>

Registra-se que este projeto vem sendo posto em prática, progressivamente, desde janeiro de 2014, no ESF Unidade 1 Cordisburgo-Centro, por meio do esforços de toda a equipe, em conjunto com os integrantes do NASF.

O plano de ação tem sido progressivamente executado, inicialmente por meio do aumento do número de atendimentos e, logo em seguida, com o desenvolvimento de reuniões periódicas com os hipertensos e o incentivo à prática de exercícios físicos e melhoria da alimentação.

Logo no principio da execução do projeto proposto pela equipe, conseguiu-se, com a divisão de tarefas, colocar em prática as nossas principais propostas concomitantemente. Não foi uma tarefa fácil, mas alcançou-se o planejado.

O aumento do número de consultas foi uma mudança drástica na agenda. Canalizou-se todos os atendimentos de seguimento da HAS e diabete *mellitus* tipo I ou II para um dia exclusivo, quarta feira pela manhã, e ocasionalmente, à tarde. Junto a esses atendimentos, também são assistidos os pacientes da livre demanda. Dessa maneira, otimizou-se o seguimento desses pacientes e conseguiu-se, de maneira objetiva, alcançar um intuito maior: aumentar a assistência aos hipertensos. Alguns deles estava há muito tempo sem acompanhamento médico e foram trazidos novamente ao serviço pelos ACS, por meio das visitas domiciliares.

Até o momento já foram contatados 193 dos 276 usuários com diagnóstico de hipertensão na área de abrangência da ESF Unidade 1 Cordisburgo-Centro, alguns por mais de uma vez. Houve o diagnóstico de quatro novos casos, alcançando um de nossos objetivos.

As reuniões do Programa HIPERDIA ganharam uma forma mais dinâmica de serem executadas. A cada 15 dias reúnem-se os hipertensos, que são convocados através das visitas domiciliares do ACS e pelo convite feito durante as consultas, e cada reunião é de responsabilidade de um profissional diferente.

A primeira reunião foi realizada pelo médico. Para fazer a abertura do tema foi feita uma exposição sobre as principais complicações da HAS. Após essa palestra foram

realizadas outras ministradas pelo fisioterapeuta, farmacêutica, enfermeira, cirurgião dentista, psicóloga, nutricionista. A aula mais esperada é sempre a do fisioterapeuta, que além de muito divertida, faz com que todos se levantem para aprender exercícios diferentes. Para tais encontros utilizou-se a sala de reuniões existente na unidade, apesar de o espaço ter sido, por vezes, insuficiente. Conseguiu-se reunir, nesses 12 meses de aplicação, um público máximo de 46 hipertensos, sendo 29 assíduos. O maior objetivo dessa etapa foi mostrar à população a forma multidisciplinar com que deve ser abordada tanto a hipertensão como a diabetes, estimulando-os a modificação do estilo de vida.

O equilíbrio da alimentação, o exercício físico regular, o uso regular da medicação, a cessação do fumo e etilismo foram sempre estimuladas durante as reuniões de HIPERDIA e nas consultas médicas.

Na tentativa do incentivo direto à prática regular de atividade física, criou-se o **“Encontro da Saúde”**, que realiza-se uma vez por semana. Essa ação contou, principalmente, com o apoio da fisioterapeuta, que desenhou o trajeto da caminhada, e com a ajuda dos ACS convocou os hipertensos para essa atividade em grupo. No começo, como toda novidade, a comunidade fez-se bastante presente e não só os hipertensos. Destes, 56 estiveram presentes em pelo menos em uma caminhada, porém o número de assíduos corresponde a menos de 10%, ou seja, apenas 24 dos hipertensos cadastrados na ESF Unidade 1 Cordisburgo-Centro. Tal ação continua sendo executada, apesar do menor número de participantes.

Esta ação - “Encontro da Saúde” - foi bastante eficaz por certo tempo. Neste período, dos 56 que estiveram presentes, 22 (39,2%) seguiram nossa campanha de atividade física regular. Destes, cinco (22,7%) perderam peso, sendo que dois deles já foram computados na ação do HIPERDIA; 100% dos pacientes que perderam peso associaram a atividade física e a uma outra ação, como ingestão de nova dieta.

Dos 46 hipertensos de que frequentaram nossas reuniões de HIPERDIA, 21 conseguiram conduzir alguma mudança de hábitos diários, seja na alimentação (19,2%), atividade física regular (23,8%), medicação correta (14,2%), cessação do

tabagismo (4,8%), perda de peso (9,5%), dentre outros. De forma positiva, 28,5% deles acataram mais de um dos hábitos citados.

Dos 193 pacientes da população alvo que teve a oportunidade de acompanhar em consultas, 78 já se encontravam em controle e o mantivera; dois apresentaram uma evolução negativa, com descontrole; 27 conseguiram controle do índice pressórico depois da implantação do projeto; 86 continuam com níveis inadequados, em descontrole.

Entre os 27 pacientes que alcançaram o controle após aplicação do projeto, 100% deles estavam incluídos em pelo menos uma ação do nosso Plano de Intervenção. Houve redução do Risco Global segundo escore de Framingham em 4,14% da população (oito pacientes).

Desta maneira, evidencia-se que os resultados colhidos foram, em sua maioria, positivo. O projeto teve sua efetividade alcançada com sucesso.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A execução deste projeto possibilitou o alcance de resultados que foram, em sua maioria, bastante positivos. Conseguiu-se de maneira efetiva alcançar grande parte da população hipertensa da ESF Unidade 1 Cordisburgo-Centro, em Cordisburgo-MG, fazendo com que eles, de uma maneira ou de outra, modifiquem sua maneira de ver a HAS e de lidar com ela. Alguns perderam peso, outros saíram do sedentarismo, melhoraram sua alimentação, e uma minoria inclusive reduziu seu risco cardiovascular, o que é algo admirável.

O maior problema enfrentado na execução do projeto é que seu sucesso e resultados notáveis dependem minimamente da equipe de saúde criadora do mesmo. Depende, na grande maioria da adesão da população alvo e do seu esforço em participar das ações propostas de maneira efetiva. Barreiras menores também foram sentidas pela equipe como a falta de apoio da prefeitura, a limitada estrutura física e a farmácia incompleta. Para alguns isso pode ter pouca importância, mas para pacientes carentes isso é de extrema importância, pois tem relação com as suas necessidades.

Mediante todos os dados apresentados, conclui-se, que o projeto de intervenção foi bem sucedido e, mesmo diante de diversos obstáculos, a população alvo respondeu ao investimento pelo pela equipe de saúde, de maneira extremamente satisfatória.

O projeto mostrou-se eficaz e de fácil implantação pelo fato de termos contado com a participação de todos os membros da equipe.

## REFERÊNCIAS

BARROS, S.; OLIVEIRA, C.J.; MOREIRA, T. M. M. Caracterização do tratamento Não-Farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. **Rev. Rene.** Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 76-85, jan./mar., 2010.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em Saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: \_ PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **.Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001, p.113-26.

CESSE, E.; FREESE, E. Características e determinantes do padrão brasileiro de ocorrência das DCNT no século XX. In: \_ FREESE, E. **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. p. 47-72.

CONSTANTINE, R.; BROWNSTEIN, J. N.; HOOVER, S.; WORDLAW- STINSON, L.; ORENSTEIN, D.; JONES, P.; FARRIS, R. Strategies for controlling blood pressure among low-income populations in Georgia. **Prev Chronic Dis.** v. 5, n. 2, p. A52. 2008.

FREESE, E.; FONTBONNE, A. Transição epidemiológica comparada: modernidade, precariedade e vulnerabilidade. In: \_ FREESE, E. **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.** Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2006. p. 17-46.

GOMES, M. C. P.; A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface Comun Saúde Educ.** v. 9, n.17, p. 287-301, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico de 2010. **Características da população e dos domicílios: resultados do universo.** Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: . Acesso em: jan. 2015.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v. 26, n. 8, ago., 2010.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Brasília, 2003.

PIERIN, A.M.G.; MARRONI, S.N.; TAVEIRA, L. A. F.; BENSEÑOR, I. J. M. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades

Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16 (Supl. 1), p. 1389-1400, 2011.

RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 45, n. 2, abr., 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. v. 95 (1 supl.1): 1-51, 2010.