

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MAISA DE ALMEIDA CARVALHO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA ESF FÁTIMA II EM SABARÁ-MG.**

CONFINS – MINAS GERAIS

2014

MAISA DE ALMEIDA CARVALHO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA ESF FÁTIMA II EM SABARÁ-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.

Orientadora: Profa. Dra Matilde Meire Miranda Cadete

CONFINS – MINAS GERAIS

2014

MAISA DE ALMEIDA CARVALHO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA ESF FÁTIMA II EM SABARÁ-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.

Orientadora: Profa. Dra Matilde Meire Miranda Cadete

Banca examinadora

Profa. Dra Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, em 03 de fevereiro de 2014

Dedico essa pesquisa ao pacientes do bairro Nossa Senhora de Fátima que me mostraram diariamente o quão acertada foi a escolha da minha profissão.

Este projeto é uma tentativa de retribuí-los.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é problema grave no Brasil devido a sua alta prevalência e grande capacidade de evoluir com complicações importantes. Esta doença é ponto crucial de intervenção quando pensamos em saúde pública, uma vez que é o principal fator de risco para doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e renais. Desta forma é preciso criar estratégias de enfrentamento baseadas em promoção, prevenção, tratamento e reabilitação a fim de limitar suas complicações e garantir melhoria na saúde e qualidade de vida da população. Sendo assim este trabalho objetivou elaborar um projeto de intervenção com vistas ao controle adequado da pressão arterial e do risco cardiovascular da população sob responsabilidade da equipe da saúde da família Fátima II, em Sabará- MG. Antes da elaboração do plano fez-se pesquisa no SciELO e nos programas do Ministério da Saúde e de Minas Gerais, com os descritores: hipertensão e complicações. Espera-se com a implantação e implementação do plano identificar, vincular e classificar a população alvo, sistematizando o seu atendimento regular. Garantir tratamento e acompanhamento a fim de melhorar a adesão à terapêutica e sua abrangência entre os hipertensos na população local. Finalmente, reduzir o risco cardiovascular e as complicações relacionadas à hipertensão arterial mal controlada.

Palavras-chave: Hipertensão. Complicações. Tratamento.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is a serious issue in Brazil due to its high prevalence and great potential to evolve with major complications. This disease is a crucial intervention point when we think about public health, as it is the main risk factor for cerebrovascular, cardiovascular and renal diseases. Therefore is necessary to create confronting strategies based on promotion, prevention, treatment and rehabilitation to limit complications caused by this disease and ensure better health and quality of life to the public. Ergo this work aimed to elaborate an intervention project in order to properly control blood pressure and cardiovascular risk among the population under the responsibility of the PSF Fatima II, in Sabará. Before the development of the plan, research was made in SciELO, on the programs of the Ministry of Health and of on the programs of the state of Minas Gerais, with the following descriptors: hypertension and complications. With the introduction and implementation of this plan it is expected to identify, link and classify the target population, systematizing their regular treatment.

Keywords: Hypertension. Complications. Tratament.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVO.....	13
4 METODOLOGIA.....	14
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

O município de Sabará localiza-se aproximadamente a 22 km de Belo Horizonte e, segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,2010), a população contabilizava 126 269 habitantes e a população estimada para 2012 era de 127 897 pessoas. Possui uma área total de 302,173 Km² dividida entre as seguintes regiões: Centro onde se encontra a Sede Administrativa e os seguintes bairros: Pompéu, Arraial Velho, Roça Grande e outros. A região denominada de General é composta pelos bairros General Carneiro, Marzagão e demais bairros próximos. A região de Alvorada inclui Alvorada, Novo Alvorada, Nova Vista, Ana Lúcia e proximidades. O bairro Fátima engloba todo o bairro do mesmo nome e Nações representa o bairro Nações Unidas.

Pode-se dizer que a oferta de serviços de atenção básica de saúde no município não contempla adequadamente toda a sua população uma vez que não existe implantado o número de equipes de saúde da família necessárias para suprir a população local. O município de Sabará possui ao todo apenas sete equipes de saúde da família: três no bairro Nossa Senhora de Fátima, uma no bairro Rosário, uma em Pompéu (entre Sabará e Caeté) e uma em Ravena.

O município possui, ainda, um serviço de pronto atendimento, que funcionava provisoriamente na Santa Casa de Sabará e há alguns meses foi transferido para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) funcionando 24horas de modelo padrão, localizada no km 6 da rodovia MG20. Essa unidade teve o corpo clínico e a capacidade de atendimentos aumentados após essa mudança. Esta instituição possui consórcios de transferência de pacientes com o Hospital Odilon Behrens, Hospital João XXIII, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Centro Geral de Pediatria e outros centros terciários em Belo Horizonte. A rede de atenção à saúde de Sabará também inclui o Centro Médico de Atendimento Especializado (CEMAE), a Santa Casa de Misericórdia de Sabará e o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS).

A unidade básica de saúde da Estratégia Saúde da Família - EFS Fátima II situa-se na Rua Sacramento sem número, no bairro Nossa Senhora de Fátima e funciona de 7h as 17h. O bairro se situa a 12,2 km do centro de Sabará. A região conta hoje com três equipes de ESF: Equipe amarela atua na região denominada CAIC; equipe vermelha atua na região denominada ESF Fátima I e equipe azul, a ESF Fátima II, que atua na região popularmente

conhecida como Mangueira e é objeto deste trabalho de conclusão de curso e onde se propõe realizar um projeto de intervenção. A unidade conta com uma médica vinculada a equipe de saúde da família pelo Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), uma enfermeira, uma gerente enfermeira, uma técnica em farmácia, uma técnica em enfermagem, uma faxineira, uma auxiliar administrativa e uma farmacêutica em alguns horários. Não contamos com porteiro ou segurança e nem com número adequado de auxiliares de serviços gerais e agentes comunitários de saúde.

A população de responsabilidade da ESF Fátima II não é totalmente conhecida uma vez que não existem dados referentes à mesma no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e não foram encontrados registros internos que contabilizassem tais dados. Apenas duas das sete microáreas da região possuem registros oriundos do cadastramento familiar de onde contabilizamos: 1300 pessoas, 340 famílias, 34 diabéticos, 140 hipertensos, nove acamados dependentes para atividades básicas da vida diária.. Nas outras micro áreas está sendo finalizado o cadastramento familiar; no entanto, permanecem duas micro áreas sem Agente Comunitária de Saúde (ACS) o que torna mais difícil o conhecimento adequado da população.

Pode-se dizer que um problema de extrema importância identificado na população adscrita na unidade de saúde PSF Fátima II é o índice de hipertensos não controlados. Esse problema foi identificado mediante análise das fichas de produtividade diária de atendimento médico e de enfermagem quando ficou evidenciado que cerca de 50% das pessoas atendidas pela demanda espontânea diária apresentava hipertensão arterial e destes cerca de 50% apresentavam níveis pressóricos acima do desejado. (Não foram utilizados dados do SIAB em função da indisponibilidade dos mesmos até novembro de 2013). Ficou evidente ainda que muitos apresentam elevado risco cardiovascular em função de múltiplos fatores de risco associado, entre eles diabetes *mellitus*, tabagismo, dislipidemia e obesidade.

O problema priorizado para enfrentamento por esse projeto se faz importante devido à grande proporção de pacientes hipertensos não controlados, pacientes com doenças crônicas agravadas pela hipertensão descontrolada e grande demanda da unidade de saúde por casos agudos que poderiam ser prevenidos por meio de um controle adequado do risco cardiovascular. Os problemas foram identificados a partir do diagnóstico situacional elaborado por ocasião das atividades demandas pelo Módulo de Planejamento e avaliação de ações em saúde (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

É importante salientar, também, que um dos motivos para a escolha do tema é da grande capacidade que a equipe tem de enfrentá-lo com seus próprios recursos uma vez que possuímos capacidade de agir sobre a maior parte dos nós críticos identificados para a intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

Conforme mencionado anteriormente, o município de Sabará, de acordo com o (IBGE, 2010) tem uma população de 126 269 habitantes. Esta população encontra-se assim estratificada:

Tabela 1 População de Sabará de acordo com sexo e idade, 2010.

Número de indivíduos	<1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-24 anos	25-39 anos	40-59 anos	>60 anos
Homens	890	3452	4934	5919	5591	5593	15564	13916	4969
Mulheres	837	3433	4938	5783	5601	5596	16563	15614	7076
Total	1727	6885	9872	11702	11192	11188	32127	29530	12045

Fonte (IBGE, 2010)

A análise dos dados da tabela nos permite dizer que a população ativa da cidade de Sabará, isto é, aqueles com idade entre 25 e 59 anos, compreende a maior parte dos seus habitantes. Essa população é composta por 61.657 indivíduos, o que corresponde a cerca de 48% da população.

Outro dado relevante é a composição populacional por gênero, em que temos uma população feminina menor que a masculina até os 14 anos. Após 15 anos a população feminina ultrapassa a masculina.

Conhecer a distribuição etária populacional de Sabará é importante uma vez que as doenças crônico-degenerativas, entre elas a hipertensão arterial sistêmica, tema deste projeto, atingem majoritariamente as faixas etárias mais avançadas.

O problema priorizado para enfrentamento por esse projeto se faz importante devido a grande proporção de pacientes hipertensos não controlados, pacientes com doenças crônicas agravadas pela hipertensão descontrolada e grande demanda da unidade de saúde por casos agudos que poderiam ser prevenidos através de um controle adequado da pressão arterial e do risco cardiovascular. É importante salientar que um dos motivos para a escolha do tema é a grande capacidade que a equipe de saúde da família tem de enfrentá-lo com seus próprios recursos uma vez que possuímos capacidade de agir sobre quase todos os nós-críticos identificados, dentre eles:

Há profissionais de saúde qualificados, em quantidade suficiente, de acordo com a população adscrita, possuindo conhecimento técnico-científico adequado, e empenhados em promover a melhoria da saúde da população, em especial em reduzir o número de hipertensos sem controle e acompanhamento adequado.

A unidade possui infraestrutura adequada, com sala de reuniões com boas condições e recurso multimídia para a realização do grupo operativo, reuniões de equipe, palestras e atividades recreativas, de educação em saúde e de educação permanente em saúde. Há também recursos materiais adequados em qualidade e quantidade para aferição de pressão arterial (PA), peso, circunferência abdominal e glicemia.

A rede pública dispõe de medicação anti-hipertensiva adequada disponível, seja municipal através da farmácia da unidade de saúde, seja federal através do programa farmácia popular do Brasil.

O bairro apresenta áreas livres disponíveis para a prática de atividades físicas e áreas equipadas para atividades adequadas para idosos. Programa municipal que oferece hidroginástica gratuita para a população com restrições a atividades físicas de impacto já instalado e de fácil acesso.

O gestor municipal é acessível e empenhado em garantir a melhoria da atenção primária local e mostra-se disposto a ajudar com o que for necessário para a implantação da intervenção.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção com vistas ao controle adequado da pressão arterial e do risco cardiovascular da população sob responsabilidade da equipe de saúde da família Fátima II, em Sabará.

4 METODOLOGIA

Para garantir o alcance das metas esperadas por este projeto de intervenção, pretende-se investir nas práticas pedagógicas e de educação em saúde principalmente por meio de ações coletivas com a finalidade de atingir um maior número de pacientes propagando, assim, as boas práticas em saúde.

Assim, para elaboração do projeto de intervenção, fez se necessário realizar pesquisa bibliográfica na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no *Scientific Eletronic Libray Online* (SciELO) e nos programas do Ministério da Saúde e de Minas Gerais.

A pesquisa no SciELO foi realizada por meio dos seguintes descritores: Hipertensão; Complicações.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não fazem uso de medicação para controle pressórico. É a principal comorbidade cardiovascular e está diretamente relacionada a eventos de elevada complexidade como o acidente vascular encefálico, o infarto agudo do miocárdio e a doença renal terminal. É, na maior parte do curso clínico, assintomática, o que contribui para o tratamento negligenciado e a má adesão à terapêutica. Esses fatores contribuem para um controle ruim da HAS, apesar dos diversos protocolos, orientações e grande acesso a medicações (BRASIL, 2006).

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial é possível identificar dois grupos: aqueles que são passíveis de modificação e os que não o são. Dentre os fatores não modificáveis destacam-se a hereditariedade, a idade e a etnia. Já entre os que podem ser alvos de intervenções para reduzir a incidência de HAS temos o sedentarismo, consumo de álcool, consumo de sal, tabagismo, peso elevado e estresse (MINAS GERAIS, 2006).

A prevalência em adultos, no Brasil, situa-se entre 22% e 43% sendo que muitos destes pacientes possuem múltiplas comorbidades, dentre elas diabetes, dislipidemia, obesidade e tabagismo, o que contribui ainda mais para o risco de eventos adversos. Estima-se que 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e que, em associação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal seja consequência da hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2006).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a importância primordial do diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes com HAS consiste na possibilidade de reduzir a incidência de complicações importantes e de grande limitação como a doença cerebrovascular, a doença arterial coronariana, a insuficiência cardíaca congestiva, entre outras.

A maioria das mortes atribuídas a valores elevados de pressão arterial ocorre em países de baixo e médio nível de desenvolvimento. No Brasil, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte. Estudos apontam que detecção precoce, tratamento e controle da HAS são fundamentais para a redução de eventos cardiovasculares. A análise de alguns

estudos populacionais no Brasil estima uma taxa de controle da HAS abaixo de 20%. (ROSARIO, 2009, *apud* VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Neste ponto, destaca-se a importância do profissional da atenção básica seja na identificação da patologia, na instituição do tratamento e também na garantia de um processo de educação em saúde que melhore a adesão ao tratamento.

Estudos comparando as frequências de conhecimento, tratamento e controle da HAS no Brasil e em outros países demonstraram taxas semelhantes quanto ao conhecimento, porém com valores significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle em especial em regiões com ampla cobertura da ESF. Destes dados podemos estimar a importância da Estratégia de Saúde da Família na redução do impacto de morbimortalidade causado pela HAS (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

O não tratamento e controle inadequado da HAS têm consequências importantes sobre a saúde da população. No ano 2000, as doenças do aparelho circulatório, cujos principais fatores de risco são a HAS e a diabetes, contabilizaram aproximadamente 15% das internações no Sistema Único de Saúde (SUS), na faixa etária de 30 a 69 anos. Destes, cerca de 20% referem-se a Acidente Vascular Encefálico (AVE) e ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). São morbidades de grande importância em saúde pública em virtude de seu caráter crônico e limitador. Dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) demonstram que 40% das aposentadorias precoces decorreram dessas doenças (BRASIL, 2001).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.6).

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 65% do total de óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos, atingindo a população adulta em plena fase produtiva. No SUS as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150.000 das internações/ano com um custo aproximado de R\$ 475 milhões, sendo que nesses números não estão inclusos os gastos com procedimentos de alta complexidade. Deste total, 25,7% foram gastos com internações de pacientes por acidente vascular encefálico (AVE) ou infarto agudo do miocárdio (IAM).

Tão importante quanto identificar uma patologia pontual como a hipertensão arterial é classificar globalmente o risco cardiovascular do paciente baseando-se em uma série de fatores. Dessa forma, a intensidade das intervenções preventivas deve ser estimada a partir de uma combinação de fatores e não acerca de um fator isoladamente. Os indivíduos são classificados geralmente em três níveis de risco: baixo, médio e alto e de acordo com essa classificação estão indicadas determinadas intervenções para reduzir o risco de um evento

cardiovascular maior, principalmente IAM e AVC. Os principais indicadores utilizados na estratificação de risco são: sexo, idade, pressão arterial, tabagismo, diabetes *mellitus*, perfil lipídico e presença de lesão de órgão-alvo (BRASIL, 2006).

Conhecendo a situação da população hipertensa no Brasil e tendo em vista as consequências de seu inadequado controle, podemos dizer que o acompanhamento e controle da HAS, no âmbito da atenção básica, poderão evitar o surgimento e a progressão das complicações, com redução do número de internações hospitalares devido a estes agravos, bem como a mortalidade por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006).

No Brasil, cerca de 75% da atenção à saúde da população ocorre através do sistema público. Desta forma, a detecção precoce, controle e tratamento da hipertensão arterial e suas complicações se mostram um desafio para profissionais e gestores no âmbito da atenção primária. Considerada uma síndrome clínica multifatorial, deve ter abordagem multiprofissional sempre que possível, principalmente nos casos classificados como grau de recomendação I e nível de evidência A, segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010).

A mudança no estilo de vida é primordial para adequado controle da HAS. Todavia, não é tarefa fácil uma vez que envolve hábitos adquiridos desde a infância e relaciona-se com fatores biopsicossociais individuais e coletivos. Dentre as principais adequações comportamentais recomendadas estão: alimentação adequada, consumo moderado de sal e álcool, aumento da ingestão de potássio e combate ao sedentarismo e tabagismo (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Em um estudo realizado com equipes de saúde da família da cidade de Januária, na região norte de Minas Gerais, com a finalidade de verificar a eficácia da educação em saúde na adesão ao tratamento não medicamentoso da HAS, ficou demonstrado mudança significativa em alguns hábitos e medidas. Destacou-se significativo aumento do consumo de legumes e da prática de exercícios físicos, bem como redução do índice de massa corporal (IMC), da circunferência abdominal (CA) e dos níveis tensionais arteriais. Já mudanças como redução do consumo alcoólico e tabagismo foram consideradas metas de difícil acesso em curto prazo, evidenciando a necessidade de manutenção longitudinal da educação em saúde para que haja reforço e consolidação das metas atingidas. O estudo concluiu que a educação em saúde foi eficaz no incentivo à adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial

sistêmica, evidenciando a importância da adoção de estratégias educacionais no âmbito da atenção básica para controle da HAS (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Outro estudo realizado em São Paulo estimou haver cerca de 85% de não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da HAS, mesmo estando “a maioria dos pacientes assíduos às consultas” (DOSSE, 2009 *apud* SILVA, CADE e MOLINA, 2012, p. 443).

Os principais determinantes da não adesão ao tratamento da HAS são:

[...] falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou motivação para tratar uma doença assintomática e crônica; baixo nível socioeconômico, aspectos culturais, crenças erradas e baixa autoestima; relacionamento inadequado com a equipe de saúde; tempo de atendimento longo, dificuldades no agendamento de consultas e falta de contato com pacientes faltosos; custo elevado de medicações e efeitos indesejados; interferência na qualidade de vida após início do medicamento (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010, p. 39).

As diretrizes afirmam, ainda, que os mecanismos primordiais para melhorar a adesão ao tratamento são: educação em saúde; orientação adequada, informação detalhada e compreensível sobre efeitos adversos e ajustes posológicos, cuidado e atenção individualizado conforme necessidade; atendimento médico facilitado.

Desta forma, pode-se dizer que a estratégia de saúde da família é ambiente adequado para introduzir a proposta de controle da HAS uma vez que possibilita acompanhamento longitudinalmente e permite o uso de estratégias direcionadas para grupos de risco dispensando a eles atenção individualizada e qualificada (SILVA; CADE; MOLINA, 2012).

A partir desses conhecimentos, tornou-se possível elaborar um plano de intervenção com a intenção de se fazer controle adequado da pressão arterial e do risco cardiovascular da população da área adscrita atendida pela equipe de saúde da família Fátima II, em Sabará.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Este plano partiu da necessidade de enfrentamento do principal problema detectado por ocasião da realização do diagnóstico situacional da nossa área de atuação: alta incidência de hipertensão arterial sistêmica sem controle adequado entre os pacientes da área adscrita ao PSF Fátima II em Sabará/MG.

Utilizou-se para elaboração deste Plano de intervenção os passos que se seguem:

6.1 Primeiro passo: Desenho de Operações

6.1.1 - Busca ativa e identificação de casos

Almeja-se identificar a população alvo da intervenção, ou seja, os hipertensos da área de abrangência. Para isso, durante as visitas dos ACS será realizado inquérito populacional para quantificação dos pacientes já sabidamente hipertensos. Aqueles ainda não diagnosticados pretende-se identificar por meio da convocação dos pacientes à unidade de saúde para a avaliação da pressão arterial, caso estejam sem acompanhamento médico ou não tenham consulta médica há longos períodos e, ainda, identificação em eventos sociais de promoção à saúde e em visitas a unidade por causas diversas.

6.1.2 Grupo operativo HIPERDIA

Pretende-se tornar o grupo de hipertensos e diabéticos um mecanismo efetivo de melhoria à adesão ao seu tratamento. O grupo contará sempre com a participação do médico como forma de incentivar a população a comparecer. Além disso, profissionais de outras áreas, entre eles enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, educador físico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e outros serão convidados, quinzenalmente, a participar como palestrantes ou facilitador do processo grupal, a fim de melhorar o processo de educação em saúde e se constituir, de fato, uma equipe multidisciplinar conforme indicação das VI diretrizes brasileiras de hipertensão (2010).

Pretende-se distribuir panfletos informativos, apresentar vídeos educativos e realizar atividades recreacionais, consideradas como estratégias pelas quais se espera melhorar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, bem como possibilitar o conhecimento da população acerca da importância do controle da HAS e também de outras comorbidades muitas vezes associadas.

Entre os ganhos adicionais do grupo HIPERDIA podemos considerar: melhor adesão ao tratamento e acompanhamento da HAS; redução do sedentarismo, tabagismo e obesidade; melhor controle glicêmico e lipídico, maior bem estar do paciente devido à maior autonomia para com o tratamento quando o mesmo entende melhor sua doença e melhoria da qualidade de vida da população de hipertensos.

6.1.3 Agendamento periódico de consultas

Para tal, estabeleceu-se um protocolo de acompanhamento em conjunto com os profissionais da equipe de saúde da família de maneira a adequar o atendimento dos pacientes alvo à realidade da agenda de uma unidade básica de saúde. Os pacientes hipertensos serão convocados individualmente por ACS, coletivamente em eventos sociais de promoção à saúde e por meio de cartazes fixados na unidade e, ainda abordados durante comparecimento à unidade de saúde por motivos quaisquer, sendo solicitados e encorajados a comparecerem à unidade para avaliação da pressão arterial e avaliação da necessidade de agendamento de consultas de rotina para acompanhamento e da solicitação de exames laboratoriais.

Destaca-se que na primeira consulta o paciente terá sua pressão arterial classificada e o risco cardiovascular calculado através dos critérios de Framingham. Esse valor será destacado em seu cartão individual de controle de pressão arterial a cada avaliação médica.

Pacientes hipertensos, em tratamento adequado de acordo com suas comorbidades associadas, que apresentarem níveis pressóricos inferiores a 140 x 90 mmHg, terão consultas agendadas para avaliação de rotina a cada seis meses. Dos mesmos serão solicitados os exames laboratoriais preconizados anualmente. Caso o risco cardiovascular calculado para estes pacientes seja muito alto ou alto, as consultas serão agendadas com um período de três meses de intervalo com o objetivo de intensificar medidas outras que possam reduzir o risco cardiovascular global do paciente.

Pacientes considerados hipertensos ainda sem tratamento ou com tratamento não eficaz (pressão arterial maior ou igual a 140 x 90 mmHg) terão consulta agendada para disponibilidade imediata com prazo máximo de um mês para aqueles considerados estágio II (pressão arterial maior ou igual a 160 x 100mmHg) ou dois meses para aqueles considerados estágio I (pressão arterial maior ou igual a 140 x 90 mmHg). Quando considerados de risco cardiovascular alto, independente da classificação da HAS, o prazo para consulta médica será de um mês a fim de estabelecer mais precocemente o controle adequado da pressão arterial e outras comorbidades do paciente evitando, assim, o risco de ventos adversos. Para esses pacientes, o seguimento será individualizado de acordo com a resposta ao tratamento, mas inicialmente terão consultas mensais, bimestrais e trimestrais até controle adequado quando as consultas passarão a ser semestrais.

Os pacientes considerados com pressão arterial controlada e risco cardiovascular médio ou baixo além de consulta médica a cada seis meses para acompanhamento terão ainda a disponibilidade da consulta de enfermagem a cada três meses com objetivo de monitorar

eventuais mudanças. Na consulta de enfermagem serão avaliados novamente a pressão arterial, circunferência abdominal, níveis glicêmicos quando necessário, peso e adesão ao tratamento. Caso seja identificado alguma variação importante o paciente será encaminhado à consulta médica para avaliação individualizada do caso.

6.1.4 Disponibilização de material adequado

Será solicitado à secretaria municipal de saúde um número adequado de balanças, aparelhos de pressão, fitas métricas a fim de possuir aparato tecnológico nos consultórios médicos, de enfermagem e técnico de enfermagem para correta aferição das medidas relacionadas em cada paciente.

6.1.5 Atenção especializada

Pacientes com dificuldades de redução de peso, controle lipídico e glicêmico contarão com o acompanhamento nutricional na própria unidade através de consultas agendadas. A partir de março, é prevista a disponibilização de profissional nutricionista para o atendimento dos pacientes na própria unidade. O atendimento no local aumenta as chances de adesão e eficiência do tratamento de controle de peso uma vez que um dos fatores identificados como importante na não adesão ao tratamento é a distância entre o bairro e o centro de referência de consultas especializadas.

Pacientes hipertensos que apresentem comorbidades associadas tais quais insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão grave ou refratária, insuficiência renal crônica, complicações vasculares de membros inferiores, edema agudo de pulmão prévio, IAM prévio, AVE prévio com sequela, complicações oculares, diabetes *mellitus* de difícil controle, suspeita de HAS e DM em gestantes, crianças ou adolescentes serão referenciados para avaliação do especialista de cada determinada área.

No entanto, sabendo-se da dificuldade de se conseguir consulta especializada na área de abrangência, será mantido o acompanhamento rigoroso na unidade básica de saúde e quando necessário o mesmo será encaminhado à unidade intermediária para estabilização de acordo com o quadro clínico apresentado.

6.1.6 Reuniões periódicas da equipe

Reuniões periódicas da equipe serão realizadas para ajustes no processo de trabalho, avaliação da eficiência, melhoria de atendimento e troca de informações de maneira a manter o projeto

sempre atualizado de acordo com os objetivos e características da equipe e da população. Além disso, serão realizadas discussões de casos, reforço positivo frente aos objetivos alcançados e miniaulas sobre temas relacionados para melhorar o poder de informação e disseminação de boas praticas de saúde por toda a equipe.

6.1.7 Recursos críticos ao plano de ação

Profissionais de saúde qualificados, em quantidade suficiente, de acordo com a população adstrita, possuindo conhecimento técnico-científico adequado e empenhados em promover a melhoria da saúde da população, em especial em reduzir o número de hipertensos sem controle e acompanhamento adequados.

Infraestrutura adequada, com sala de reuniões com boas condições e recurso multimídia para a realização do grupo operativo, reuniões de equipe, palestras e atividades recreativas, de educação em saúde e de educação permanente em saúde.

Recursos materiais adequados em qualidade e quantidade para aferição de pressão arterial (PA), peso, circunferência abdominal, glicemia.

Medicação anti-hipertensiva adequada disponível no sistema público de saúde, seja municipal através da farmácia da unidade de saúde, seja federal através do programa Farmácia Popular do Brasil.

Áreas livres disponíveis para a prática de atividades físicas e áreas equipadas para atividades adequadas para idosos. Programa municipal que oferece hidroginástica gratuita para a população com restrições a atividades físicas de impacto já instalado e de fácil acesso e, ainda, gestor municipal acessível e empenhado em garantir a melhoria da atenção primaria local.

6.1.8 Viabilidade

A totalidade das intervenções propostas foi considerada viável pela equipe de saúde uma vez que a unidade já possui a maioria dos recursos necessários para colocá-lo em prática e a gestão municipal se mostrou disponível para ajudar com o que for necessário.

6.2 Plano Operativo

Busca ativa e identificação de casos: Início imediato. Responsáveis: toda a equipe de saúde da família, em especial os ACS.

Grupo Operativo Hiperdia: Início da implantação e adequação – 3 meses. Responsáveis: enfermeira da ESF e enfermeira gerente da unidade de saúde.

Agendamento de consultas periódicas: Implantação imediata. Responsáveis: toda a equipe, em especial médico e enfermeiro.

Consultas de atenção especializada: Início imediato. Responsável: médico.

Adequação da sala de reuniões: Implantação imediata. Responsável: Auxiliar de serviços gerais.

Disponibilidade de medicações: Implantação imediata. Responsáveis: médico enfermeiro, técnica em farmácia, farmacêutica e gestor municipal.

Contato com o gestor para solicitação de recursos materiais, estruturais e humanos: Implantação – 1 mês- Responsável: Médico, enfermeiro e gerente.

Reuniões periódicas de equipe: Implantação imediata. Responsáveis: toda a equipe de saúde da família.

Reafirma-se que o projeto será acompanhado por meio de reuniões mensais fixas e reuniões extras sempre que houver necessidade, como por exemplo, se alguém detectar algum problema ou tiver alguma ideia diferente que torne melhor nossas ações.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme mencionado anteriormente, para garantir um adequado andamento do projeto e máxima eficiência pretende-se estabelecer a avaliação e análise trimestral dos resultados pela equipe de saúde da família. Para isso, pretende-se contabilizar o número total de hipertensos conhecidos na comunidade no início da implantação, o número de hipertensos considerados não controlados de acordo com os critérios já evidenciados e o número de hipertensos considerados com risco cardiovascular alto ou muito alto. Esses números serão comparados com os números após implantação do projeto de intervenção longitudinalmente a fim de se identificar mudanças no padrão de controle de pressão arterial e do risco cardiovascular na população alvo.

Além disso, será contabilizado também o número de pacientes que conseguiram controle glicêmico e lipídico adequados bem como interromperam o tabagismo e estão progredindo na redução de peso a fim de estimar os benefícios secundários da intervenção. Avaliaremos, ainda, a demanda espontânea, de modo a contabilizar os indivíduos descompensados ou com doenças crônicas exacerbadas diretamente relacionadas à hipertensão arterial mal controlada que buscam o atendimento pela demanda espontânea comparando esses números aos anteriores ao projeto.

Dessa forma espera-se uma redução importante no número de pacientes hipertensos considerados como não adequadamente controlados e secundariamente uma redução global do risco cardiovascular destes pacientes. Através, principalmente, do controle da hipertensão arterial sistêmica almeja-se minimizar as consequências a curto, médio e longo prazo dessa morbidade tão prevalente e tão onerosa seja na comunidade da área de abrangência da equipe de saúde da família Fátima II, no Brasil ou no mundo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, 2006.

CAMPOS, F.C. de; FARIA H.P.; SANTOS M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. Belo Horizonte. NESCON/ UFMG. 2010

SILVA, V.R.; CADE, N. V.; MOLINA, M. C.B.; Risco coronariano e fatores associados em hipertensos de uma unidade de saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**. v. 20, n. 4, p. 439-44 2012.

OLIVEIRA, T.L. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm**. v. 26, n.2, p.179-84, 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arq Bras Cardiol**, v. 17, n. 1, p. 1-51, 2010.