UNIVERDIDADE FEDERAL DE MINAS GERIAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

JULIO YOANNY REMON LABRADA

ACOMPANHAMENTO DOS HIPERTENSOS ATENDIDOS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMILIA DE NOVO HORIZONTE EM LAJINHA – MINAS GERAIS

IPATINGA/MINAS GERAIS
2016

JULIO YOANNY REMON LABRADA

ACOMPANHAMENTO DOS HIPERTENSOS ATENDIDOS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE NOVO HORIZONTE EM LAJINHA – MINAS GERAIS

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

Orientadora: Prof[a]. Dr[a.]Suelene Coelho

IPATINGA/MINAS GERAIS

2016

JULIO YOANNY REMON LABRADA

ACOMPANHAMENTO DOS HIPERTENSOS ATENDIDOS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE NOVO HORIZONTE EM LAJINHA – MINAS GERAIS

Banca examinadora:

Prof[a]. Dr[a]. Suelene Coelho (orientadora)- UFMG

Prof[a]. Dr[a]. Maria Lígia Mohallem Carneiro – UFMG

Aprovada em Belo Horizonte: ___ / ___ / ___

DEDICATÓRIA

A minha família pelo amor

e a meus professores pela dedicação

e incentivo para o trabalho.

AGRADECIMENTOS

A meus filhos pela admiração.

A meus pais por minha educação e formação.

A minha irmã por acreditar e sentir orgulho de mim.

A toda a Brigada Médica Cubana por permitir-me ser parte do Programa Mais Médico para o Brasil.

A minha professora orientadora por sua ajuda, ensinamento, dedicação e sabedoria

A todos os colegas de meu Centro de Saúde.

"A verdadeira motivação vem de realização, desenvolvimento pessoal, satisfação no trabalho e reconhecimento".

(Frederick Herzberg)

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é considerada um problema de saúde pública. Suas complicações mais comuns são o acidente vascular cerebral, o infarto agudo do miocárdio e a doença renal crônica. Hipertensão arterial sistêmica é motivo de preocupação de profissionais que atuam na atenção primária, pois a falta de adesão ao tratamento pode comprometer o controle da pressão arterial, e possibilitar o aparecimento de lesões em órgãos alvos e o comprometimento da capacidade funcional dos pacientes. Na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte em Lajinha – MG verifica-se uma alta porcentagem de pacientes hipertensos que não tem um controle adequado de sua pressão arterial. Assim, justifica-se a realização do projeto de intervenção para o acompanhamento dos hipertensos atendidos pela equipe de saúde da família. O trabalho foi constituído por seleção e análise de publicações relativas ao tema, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional elaborado por ocasião da disciplina Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família da UFMG. Espera-se aumentar a adesão ao tratamento da população da área de abrangência, ao ampliar o seu nível de conhecimento em relação aos fatores de risco, as ações de promoção, prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica, bem como o provimento de insumos necessários para o desenvolvimento do processo de trabalho da equipe de saúde da família Novo Horizonte em Lajinha - MG.

Palavras-Chave: Hipertensão. Atenção básica. Doenças cardiovasculares.

ABSTRACT

Hypertension is considered a public health problem. Its most common complications are stroke, acute myocardial infarction and chronic renal disease. Hypertension is a concern of professionals working in primary care, as lack of adherence to treatment may compromise blood pressure control, and enable the appearance of lesions in target organs and impaired functional capacity of patients. In the area covered by the Health Team New Horizon Family in Lajinha - MG there is a high percentage of hypertensive patients who do not have adequate control of their blood pressure. Thus, justified the realization of the intervention project for the monitoring of hypertensive patients by the family health team. The work consisted of selection and analysis of publications on the subject, the information in the articles and data from the situational assessment made during the course Planning and Evaluation of the Specialization Course Health Action Health Strategy UFMG family. It is expected to increase adherence to treatment the coverage area of the population, to increase their level of knowledge regarding risk factors, health promotion, prevention and treatment of hypertension, as well as the provision of necessary inputs the development of the health team working process of the family New Horizon in Lajinha – MG

Key words: Hypertension. Primary care. Cardiovascular disease.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....10

2 OBJETIVOS.....14

3 METODO.....15

4 REVISAO DE LITERATURA.....17

5 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....29

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....36

REFERENCIAS.....38

1 INTRODUÇÃO

O município de Lajinha está situado na região sudoeste de Minas Gerais, distando cerca de 380km de Belo Horizonte. Tem como cidades limítrofes: ao norte, Chalé e Conceição de Ipanema; ao sul Ibatiba e Iúna; ao leste Manhuaçu e ao oeste Mutum (LAJINHA, 2015).Segundo o IBGE, a população estimada para 2015 foi de 20.262. Com uma extensão territorial de 431,921 km^2, possui 45,40 habitantes por km^2 (BRASIL, 2015).

Sua história aponta a antiga fazenda São Domingos como núcleo inicial tendo o fazendeiro Francisco Tomás de Aquino dado início ao patrimônio em 1882. Em 1916, a sede do distrito de Santana do José Pedro - atual município de São José do Mantimento foi transferido para o povoado de Lajinha do Chalé. Em 1929, houve a redução do nome para Lajinha e,em 1938, passou à categoria de município, desmembrando-se de Ipanema, com parte de território do Município de Mutum (LAJINHA, 2015).

A cidade de Lajinha encontra-se inserida na região administrativa de Manhuaçu, sendo banhado pelo rio São Domingo, sendo Areado seu córrego mais importante. As rodovias que dão acesso à cidade são a BR-262 e a MG-108. Caracteriza-se por ser uma região com topografia montanhosa (LAJINHA, 2015). A área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) também tem relevo montanhoso e a maioria das ruas é pavimentada. A UBSestá implantada em regiao central da cidade, funcionando de segunda a sexta de 7:30 as 17:30 horas.

Com relação aos aspectos epidemiológicos, o município tinha cadastrado até o final de 2014, 2.681 portadores de hipertensão arterial, 566 portadores de diabetes, 3 portadores de tuberculose e, ao longo do ano registrou 5 casos de dengue, de acordo com os dados do SIAB (BRASIL, 2014a). As patologias de maior incidência no município foram: doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho respiratório.

Segundo dados do Suporte Técnico ao Sistema de Informação Hospitalar–SIH/DATASUS as principais causas de internação foram hipertensão (HAS), diabetes mellitus (DM), doenças cardiovasculares. As principais causas de óbito no município foram doenças do aparelho cardiovascular (33 mortes), doenças do aparelho respiratório (18 mortes)e causas externas (16 mortes). A taxa de mortalidade infantil foi de 12/1000 nascidos vivos a qual tem reduzido ao longo dos anos. Destaca-se que a cobertura vacinal da população de menores de 5 anos de idade foi de 87%(BRASIL, 2014b).

Atuo como médico na Equipe de Saúde da Família da ESF Novo Horizonte, desde 2014 por meio do Programa Mais Médicos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a). Atuando há mais de um ano nesta UBS verifico alguns aspectos deficientes que podem ser melhorados, tanto estruturalmente, como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Dentre os problemas identificados pela equipe de saúde, durante a elaboração do diagnóstico situacional realizado por ocasião da Disciplina Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família do NESCON/ UFMG (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), destacam-se: as infecções respiratórias, parasitismo intestinal, a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemias, gravidez na adolescência e a depressão com o uso excessivo de medicação psicotrópica.

Ao realizar a priorização dos problemas a equipe de saúde levou em consideração a importância, a urgência e a capacidade de enfrentamento. Desse modo, o problema priorizado para a realização do projeto de intervenção foi o grande número de pacientes hipertensos sem um controle adequado de sua pressão arterial, devido à falta de adesão ao tratamento.

As principais causas que contribuem para o desenvolvimento da hipertensão arterial são: o aumento da idade, que contribui consideravelmente para o surgimento da HAS, assim como as complicações cardiovasculares, o

baixo nível socioeconômico, o aumento do consumo de sal, o excesso da massa corporal e o consumo elevado de álcool.

Como consequências, destacam-se o alto número de internações com maior índice de insuficiência cardíaca, os acidentes cerebrovasculares, e infarto agudo do miocárdio com um alto custo para a sociedade, apontam as VI Diretrizes brasileiras de hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Ainda de acordo com o autor, a HAS é uma doença crônica que também atua como um fator de risco para outras doenças, sendo o principal risco para complicações como o infarto do agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica, doenças cerebrovascular, doenças vascular de extremidades. Diretrizes brasileiras de hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

De acordo com Fuchs (2004 *apud* PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006) a HAS é responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Isto se deve principalmente devido a inadequada adesão terapêutica, que segundo Lewin*et al.* (2001 *apud* DIDIER; GUIMARÃES, 2007, p. 219)

> O baixo controle está relacionado à inadequada adesão terapêutica, dependente de múltiplos fatores: idade, sexo, etnia, condições socioeconômicas, hábitos de vida, aspectos culturais, gestão do modelo assistencial e habilidades e integração da equipe de saúde. Equipes interdisciplinares bem estruturadas levam ao aumento da adesão ao tratamento e, consequentemente, a melhores índices de controle.

Nesta direção, o Ministério da Saúde assinala que, o cuidado aos portadores de pressão arterial sistêmica (HAS) elevada deve ser multiprofissional e a manutenção de níveis pressóricos controlados, deve ser o principal objetivo do tratamento (BRASIL, 2013b). Ainda de acordo com o autor, “[...] iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso”, tem sido um dos maiores desafios para as equipes da Atenção Básica (BRASIL, 2013b, p. 57).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010 *apud* BRASIL, 2013b) diversas classes de fármacos são utilizadas no tratamento medicamentoso, que são selecionados segundo a necessidade de cada pessoa, além da avaliação da presença de comorbidades, lesões em órgãos-alvo, bem como a história familiar, a idade e a presença de gravidez. O autor destaca também, que:

> [...] o tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida (BRASIL, 2013b, pg. 57).

De acordo com Didier e Guimarães (2007), para que se possa reverter quadro do inadequado uso de medicação é necessário que exista uma política de governo que abarque modelos assistenciais de cuidado primário competente e que promovam a gestão da rede assistencial básica, composta pelas Unidades Básicas de Saúde – UBS, bem como, que consigam otimizar os recursos humanos e logísticos existentes.

A falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo constitui um dos principais problemas de saúde na área abrangência da ESF Novo Horizonte, verificada na maioria dos pacientes hipertensos, que por sua vez, não possuem um adequado controle de sua pressão arterial. Assim, justifica-se a realização do projeto de intervenção, a fim de contribuir para aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da HAS.

2 OBJETIVO

Elaborar um Projeto Intervenção para o acompanhamento e adesão ao tratamento dos hipertensos atendidos pela Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte, no município de Lajinha / Minas Gerais / MG.

3 METODO

Este estudo caracteriza-se como um projeto de intervenção para otimizar o acompanhamento e adesão ao tratamento dos hipertensos atendidos pela Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte em Lajinha / Minas Gerais.

Foram realizados levantamentos a partir do banco de dados do IBGE, da base de dados municipal do SIAB, do sítio eletrônico do Programa Hiperdia, sítio eletrônico do DATASUS, dentre outros. Para revisão de literatura foram realizadas busca sistematizada utilizando sites como: ScientificElectronic Library Online Scielo, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), edições do Ministério da Saúde, dentre outros. A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: hipertensão, atenção básica, doenças cardiovasculares. O trabalho foi constituído por seleção e análise de publicações relativas ao tema e o período de busca foi de publicações entre os anos 2001 e 2015, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores. Por fim, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do projeto de intervenção.

Os dados utilizados na realização do diagnóstico situacional foram empregados na construção do Projeto de Intervenção, tendo como referência os dez passos do Planejamento Estratégico Situacional, propostos por CAMPOS; FARIA; SANTOS no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família da UFMG (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e que nortearam todo o processo. São eles:

a) Primeiro passo: definição dos problemas;

b) Segundo passo: priorização dos problemas;

c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado;

d) Quarto passo: explicação do problema;

e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos”;

f) Sexto passo: desenho das operações;

g) Sétimo passo: identificação dos nós críticos;

h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano;

i) Nono passo: elaboração do plano operativo;

j) Décimo passo: desenho do modelo de gestão do plano de ação.

4 REVISAO DE LITERATURA

Segundo o Ministério da Saúde, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um grave problema de saúde pública, tanto no nosso país, como em todo o mundo. Isto porque, sua prevalência “[...] no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos”(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010 *apud* BRASIL, 2013b, p. 19).

Ainda de acordo com o autor, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica causada por múltiplos fatores e caracterizada por elevados níveis de pressão arterial, ou seja, pressão arterial ≥140 x 90 mmHg). Além disso, está associada, na maioria das vezes, “[a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais]” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, *apud* BRASIL, 2013b, p. 19).

Para o Ministério da Saúde a prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, de acordo com o município estudado. As complicações de a HAS descritas a seguir, por si só, justificam o seu controle por meio de ações nos serviços de atenção básica de saúde: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, doença arterial periférica (BRASIL, 2006, p.9)

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI, os principais fatores de risco são:

- Idade- existe uma relação direta e linear da PA com a idade, ou seja, na faixa etária acima de65 anos, a prevalência é de 60%.
- Gênero e etnia – a HAS entre homens e mulheres é semelhante, apesar de ser mais elevado nos homens até os 50 anos. Verifica-se que, em pessoas não brancas a HAS tem sido duas vezes mais prevalente e no caso de mulheres negras, estudos

> brasileiros demonstraram que existe um excesso de HAS de até 130% em relação às mulheres brancas. No entanto, não se conhece com maior precisão o impacto da miscigenação sobre a HAS no nosso país (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

O controle e prevenção da HAS e suas complicações tem sido, principalmente, responsabilidade das equipes de Atenção Básica (AB). Ressalta-se que essas equipem são multiprofissionais, "[...] cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adstrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos" (BRASIL, 2013b, p. 21). Neste contexto, são recomendadas modificações de estilo de vida, em especial, uma alimentação adequada, com controle e diminuição do uso de sal, o controle do peso aliado a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e do álcool (BRASIL, 2013b).

Destaca-se que, as estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial podem ser melhor desenvolvidas pelos profissionais que atuam na atenção primária, que devem ter a prática centrada na pessoa como princípio fundamental. Para isso é necessário envolver os usuários e seus cuidadores na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão (BRASIL, 2013b).

Ainda, segundo o autor, é preciso organizar a linha de cuidado da hipertensão arterial, cujos passos para a sua modelagem são propostos pelo Ministério da Saúde e descritos a seguir:

> - Partir da situação problema: "atenção à HAS na Unidade Básica de Saúde", problematizando a história natural da doença e como se dá a realização do cuidado das pessoas (qual o fluxo assistencial que deve ser garantido para pessoas com PA limítrofe e HAS, no sentido de atender às suas necessidades de saúde?).
> - Identificar quais são os pontos de atenção no município/distrito/região/estado e suas respectivas competências, utilizando uma matriz para sistematizar essa informação e dar visibilidade a ela (que ações esses pontos de atenção devem desenvolver incluindo ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas?).
> - Identificar as necessidades das Unidades Básicas de Saúde (UBS) quanto ao sistema logístico para o cuidado dos usuários (cartão SUS, prontuário eletrônico, centrais de regulação, sistema de

> transporte sanitário), pontuando o que já existe e o que necessita ser pactuado com a gestão municipal/distrital/regional/estadual.
> - Identificar como funciona o sistema de gestão da rede (espaços de pactuação– colegiado de gestão, Programação Pactuada Intergestores – PPI, Comissão Intergestores Regional – CIR, Comissão Intergestores Bipartite – CIB, entre outros).
> - Desenhar o itinerário terapêutico dos usuários na rede e relacionar as necessidades logísticas e de apoio necessárias. Definir, em parceria com outros pontos de atenção e gestão, os fluxos assistenciais que são necessários para atender às suas necessidades de saúde e as diretrizes ou protocolos assistenciais.
> - Identificar a população estimada de pessoas com HAS e os diferentes estratos de risco e realizar a programação de cuidado de acordo com as necessidades individuais e os parâmetros para essa doença.
> - Definir metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação das Linhas de Cuidado (BRASIL, 2013b, p. 22-23).

O Ministério da Saúde estabelece também, estratégias de cuidado com relação a hipertensão, dentre elas destacam-se aquelas voltadas para o rastreamento e que são descritas a seguir (BRASIL, 2013b, p. 29).:

a) Verificação de pressão arterial de todo adulto com 18 anos ou mais de idade, que não tiver registro no prontuário de, ao menos, uma verificação da PA nos últimos dois anos. Essa abordagem poderá ser realizada durante as visitas à Unidade Básica de Saúde (UBS), para consulta, atividades educativas, procedimentos, etc.
b) De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira De Nefrologia (2010*apud* BRASIL, 2013b) a primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços. Se houver diferença entre os valores aferidos, deve ser considerada a medida de maior valor e o braço que obteve maior valor na aferição será definido como referencia para as próximas aferições. Se ocorrer diferença superior a com o maior do que 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica entre os dois braços, o usuário deverá ser encaminhado para investigação.
c) A média desses dois valores pressóricos será fundamental para as próximas averiguações. Assim, se PA menor que 120/80 mmHg, ela deverá ser verificada a cada dois anos (BRASIL, 2006*apud* BRASIL, 2013). Se a média da PA estiver entre 120 – 139/80 – 89 mmHg (nas

pessoas sem outros fatores de), ela deverá ser verificada anualmente (CHOBANIAN *et al*., 2003*apud* BRASIL, 2013b). E, em mais dois momentos, com um intervalo de 1 a 2 semanas, se PA maior ou igual a140/90 mmHg ou PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg (na presença de outros fatores de risco para doença cardiovascular (BRASIL, 2013b).

Outro aspecto que deve ser considerado no processo de trabalho da Equipe de Atenção Básica, é o preparo dos profissionais na técnica de aferição da PA, para que não haja diferenças equivocadas entre as aferições. A seguir são apresentadas as condições recomendadas pelo Ministério da Saúde para a aferição da pressão arterial sistêmica:

- O paciente deve estar sentado, com o braço apoiado e à altura do precórdio.
- Medir após cinco minutos de repouso.
- Evitar o uso de cigarro e de bebidas com cafeína nos 30 minutos precedentes.
- A câmara inflável deve cobrir pelo menos dois terços da circunferência do braço.
- Palpar o pulso braquial e inflar o manguito até 30mmHg acima do valor em que o pulso deixar de ser sentido.
- Desinflar o manguito lentamente (2 a 4 mmHg/seg).
- A pressão sistólica corresponde ao valor em que começarem a ser ouvidos os ruídos de Korotkoff(fase I).
- A pressão diastólica corresponde ao desaparecimento dos batimentos (fase V)*.
- Registrar valores com intervalos de 2 mmHg, evitando-se arredondamentos (Exemplo: 135/85mmHg).
- A média de duas aferições deve ser considerada como a pressão arterial do dia; se os valores observados diferirem em mais de 5 mmHg, medir novamente.Na primeira vez, medir a pressão nos dois braços; se discrepantes, considerar o valor mais alto;nas vezes subsequentes, medir no mesmo braço (o direito de preferência) (BRASIL, 2013b, p.39).

Outro aspecto importante, em relação a aferição da PA, refere-se a posição do usuário que deve ser a sentada, ressalvando-se que a medida da PA na posição ortostática deve ser realizada, pelo menos na primeira avaliação, principalmente em usuários idosos, portadores de diabetes e disautonomias, alcoolismo, bem como, pacientes em uso de medicação anti-hipertensiva. Assim, a PA deve ser aferida com técnica padronizada para toda a Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS), com aparelhos

devidamente calibrados e que possuem credibilidade técnica(BRASIL,2006, p.11).

O detalhamento da aferição da PA pode ser verificado nos itens a seguir:

a) O usuário deve ser orientado sobre o procedimento no sentido de não falar e descansar por 5-10 minutos em ambiente calmo, com temperatura aprazível. O profissional deve promover atitudes que favoreçam o relaxamento e também para diminuir a possível interferência do “efeito do avental branco”, ou seja, o aumento da PA causada pela simples presença de um profissional de saúde, em especial, a do médico (BRASIL, 2006, p. 11).

b) O profissional que vai aferir a PA deve verificar alguns aspectos que interferem nos valores aferidos, tais como: bexiga cheia; a pratica de exercícios físicos há 60-90 minutos; ingestão, até 30 minutos antes, de bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou ainda, se fumou até 30 minutos antes e, também, não estar com as pernas cruzadas (BRASIL, 2006).

c) O manguito do aparelho de PA deve ser de tamanho adequado ao braço do paciente, de modo que a largura da bolsa de borracha corresponda a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolva pelo menos 80%.O manguito deve situar-se cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital com a bolsa de borracha centralizada sobre a artéria braquial (BRASIL, 2006).

d) O braço do paciente deve ser mantido na altura do coração, livre de roupas, a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. Os olhos do aferidor devem estar posicionados no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneroide (BRASIL, 2006).

e) O pulso radial deve ser palpado e o manguito inflado até o desaparecimento da pulsação, quando se estima o valor do nível da pressão sistólica. A campânula do estetoscópio deve ser colocada de modo suave sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva (BRASIL, 2006).

f) O manguito deve ser inflado rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. A

abertura da válvula para desinflar deve ser mantida com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após a identificação do som determinante da pressão sistólica, desinflamais rapidamente para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente (BRASIL, 2006).

g) A pressão arterial sistólica (PAS) é determinada no momento do aparecimento do primeiro som de Korotkoff (fase I),seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. A pressão arterial diastólica (PAD)é determinada no desaparecimento do som de Korotkoff (fase V). Deve-se auscultar ainda, cerca de20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons de Korotkoff (fase IV) (BRASIL, 2006).

h) Os valores das PS e PD devem ser registrados se também anotados a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi realizada a aferição. Ressalta-se que os valores depressão arterial não devem ser arredondados para dígitos terminados em zero ou cinco. O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento e para aferir novamente deve-se aguardar de 1 a 2 minutos (BRASIL, 2006).

Como já relatado anteriormente, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é determinada quando a pressão arterial sistólica for maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica (PAD) for maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL,2006).

Além disso, devem ser levados em conta: O risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades agregadas. Isto porque, para se ter no diagnóstico da HAS, devem-se avaliar outros itens além dos níveis tensionais. Ressalta-se ainda, que é preciso ter precaução antes de classificar alguém como

hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante.

Por isso, em situações em que não existe um diagnóstico prévio e os níveis de PA encontram-se elevados em uma única aferição, é aconselha do que a aferição seja repetida em momentos diferentes, para que se possa chegar a um diagnóstico de HAS. Desse modo, as várias aferições realizadas em dias alternados e em consultório é exigida para chegar a pressão usual, e também, para diminuir episódios da "hipertensão do avental branco"(BRASIL,2006, p.14).

No Quadro 1, apresentado a seguir, pode-se verificar a classificação da pressão arterial de acordo com a aferição casual no consultório do profissional de saúde(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 6).

Quadro1-Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório.

Classificação	**Pressão sistólica (mmHg)**	**Pressão diastólica (mmHg)**
Ótima	<120	< 80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio1	140 -159	90-99
Hipertensão estágio2	160-179	100-109
Hipertensão estágio3	≥ 180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	<90

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de HAS, 2010.

De acordo com orientações do Caderno de Atenção Básica n° 15 - Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2006, p. 15) deve-se explorar mais detalhadamente vários aspectos durante a obtenção da história clínica, os aspectos relacionados estão descritos no Quadro 2, extraído do Caderno acima citado.

Quadro 2 - Dados relevantes da história clínica dirigida ao paciente hipertenso

• Identificação: sexo, idade, raça e condição socioeconômica.
• História atual: duração conhecida de hipertensão arterial e níveis de pressão; adesão e reações adversas aos tratamentos prévios; sintomas de doença arterial coronária: sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca; doença vascular encefálica; doença arterial periférica; doença renal; diabete melito; indícios de hipertensão secundária; gota.
• Investigação sobre diversos aparelhos e fatores de risco: dislipidemia, tabagismo, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, perda de peso características do sono, função sexual, doença pulmonar obstrutiva crônica.
• História pregressa: gota, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca.
• História familiar de acidente vascular encefálico, doença arterial coronariana prematura (homens <55 anos, mulheres < 65 anos); morte prematura e súbita de familiares próximos.
• Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade.
• Avaliação dietética, incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, gordura saturada e cafeína.
• Consumo de medicamentos ou drogas que podem elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento (corticosteróides, antiinflamatórios, anorexígenos, antidepressivos, hormônios).
• Atividade física.

Fonte: Brasil, 2006, p.15-16.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, no exame físico deve-se prestar especial atenção a algumas recomendações, descritas no Quadro 3, também extraído do Caderno de Atenção Básica nº 15 - Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2006, p. 15):

Quadro 3 - Dados relevantes do exame físico dirigido ao paciente hipertenso

• Obtenção de peso e altura para cálculo do índice de massa corporal e aferição do perímetro da cintura. • Inspeção: fácies e aspectos sugestivos de hipertensão secundária. • Sinais vitais: medida da PA e frequência cardíaca. • Pescoço: palpação e ausculta das artérias carótidas, verificação de turgência jugular e palpação detireóide. • Exame do precórdio: ictus sugestivo de hipertrofia ou dilatação do ventrículo esquerdo:

arritmias; 3ªbulha, que sinaliza disfunção sistólica do ventrículo esquerdo; ou 4ª bulha, que sinaliza presença de disfunção diastólica do ventrículo esquerdo, hiperfonese de 2ª bulha em foco aórtico, além de sopros nos focos mitral e aórtico.

• Exame do pulmão: ausculta de estertores, roncos e sibilos.

• Exame do abdome: massas abdominais indicativas de rins policísticos, hidronefrose, tumores e aneurismas. Identificação de sopros abdominais na aorta e nas artérias renais.

• Extremidades: palpação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos. A diminuição da amplitude ou retardo do pulso das artérias femorais sugerem coarctação da aorta ou doença arterial periférica.

• Avaliação de edema.

• Exame neurológico sumário.

• Exame de fundo do olho: identificar estreitamento arteriolar, cruzamentos arteriovenosos patológicos, hemorragias, exsudatos e papiledema.

Fonte: Brasil, 2006, p.16-17.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, existem outras modalidades para se caracterizar a pressão usual dos indivíduos. Uma delas se refere a Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA), que consiste na aferição da pressão arterial por método indireto, realizado pelo paciente ou outra pessoa treinada, durante a vigília, no domicílio ou no trabalho com aparelhos validados. São verificadas três medidas pela manhã e três à noite, durante 4-5 dias, São consideradas anormais na MRPA as médias, de pelo menos 12 medidas, de pressão arterial acima de 135/85 mm Hg. (BRASIL,2006, p.18).

Outro método que possibilita a aferição e registro indireto e intermitente da pressão arterial durante 24 horas, enquanto o paciente realiza suas atividades habituais na vigília e durante o sono. Esse método denomina-se Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e são consideradas anormais as médias de pressão arterial de 24 horas, vigília e sono acima de 130/80, 135/85 e 120/70 mm Hg, respectivamente (BRASIL,2006, p.18)

As orientações do Ministério da Saúde destacam ainda, que em algumas situações pode ser necessária a avaliação da pressão arterial em situações do cotidiano,sem interferência da equipe médica, por meio do MAPA ou MRPA, em especial quando se suspeita da síndrome do avental branco. É recomendado também, em casos de avaliação terapêutica anti-hipertensiva,

quando em tratamento otimizado e existe a persistência de níveis pressóricos elevados, ou ainda, sinais de progressão em órgão-alvo com controle adequado da pressão arterial em visitas ambulatoriais (BRASIL, 2006, p.18).

Segundo a Secretaria de Saúde de Minas Gerais (2006, p.17) “a promoção da saúde e a prevenção de complicações baseadas na abordagem global dos fatores de risco modificáveis são fundamentais”. De acordo com a mesma, os fatores de risco não modificáveis e os modificáveis, são descritos a seguir:

> **a) Fatores de risco não modificáveis**
> - Hereditariedade - história familiar de hipertensão arterial.
> - Idade - o envelhecimento aumenta o risco do desenvolvimento da hipertensão em ambos os sexos. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão arterial mais elevada para homens a partir dos 50 anos e para mulheres a partir dos 60 anos.
> - Raça - estudos têm apontado que a raça negra é mais propensa à hipertensão arterial que a raça branca. No Brasil, não há essa evidência. (MINAS GERAIS, 2006, p.17)
>
> **b) Fatores de risco modificáveis**
>
> - Sedentarismo: a atividade física regular diminui a pressão arterial e o sedentarismo produz um risco, aproximado, 30% maior de desenvolver hipertensão arterial em relação aos indivíduos ativos:
> - Tabagismo: está associado ao aumento agudo da pressão arterial e ao maior risco de doenças cardiovasculares.
> - Excesso de sal: tem efeitos maléficos, pois pode desencadear, agravar e manter a hipertensão.
> - Bebida alcoólica: o uso abusivo de bebidas alcoólicas pode levar ao desenvolvimento da hipertensão.
> - Peso: o ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos para hipertensão arterial, além disso. a obesidade constitui um importante indicador de risco cardiovascular aumentado.
> - Estresse: o exagero de trabalho, a sensação de angústia, apreensões e ansiedade podem produzir a elevação aguda da pressão arterial (MINAS GERAIS, 2006, p.17)

O autor informa também a meta deve ser a redução da pressão para valores inferiores a 140/90 mmHg. No entanto, se houver redução para níveis menores que 130/85 mmHg, haverá maior benefício em pacientes de alto risco cardiovascular, com diabetes em especial com microalbuminúria, com

insuficiência cardíaca, com neuropatia e na prevenção primária e secundária de acidente vascular cerebral (MINAS GERAIS, 2006).

Segundo Bastos e Borestein (2004 *apud* LOPES *et al*., 2008) a hipertensão arterial acarreta mudanças significativas na vida dos indivíduos, sejam elas na esfera psicológica, familiar, social ou econômica, pois existe a probabilidade de se agravar em longo prazo. São necessárias rupturas no estilo de vida que exigem alterações nos hábitos diários, nos papéis que se realiza, ou seja, exige uma reestruturação na vida de seus portadores.

Os autores apontam ainda que, devido às modificações nos hábitos de vida das mulheres, a hipertensão arterial (que ainda ocorre com maior frequência no sexo masculino) tem aumentado também no sexo feminino. Em especial quando existe a associação entre o hábito de fumar, o uso de anticoncepcional e idade superior a 30 anos. No homem ela geralmente surge após os 30 anos e na mulher, após a menopausa. (PESSUTO; CARVALHO, 1998*apud* LOPES *et al*., 2008).

Tendo em vista a importância das condições crônicas, dentre elas a hipertensão arterial sistêmica, como “necessidades em saúde”, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, que instituiu a Rede de Atenção às Pessoas com doenças Crônicas no âmbito do SUS. O objetivo dessa estratégia foi “[...] promover a reorganização do cuidado, sua qualificação, ampliando as estratégias de cuidado e também para promoção da saúde e prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações” (BRASIL, 2014c, p. 23):

De acordo com Mendes (2011) e OPS (2010) (*apud* BRASIL, 2014c, p. 20):

> As redes de Atenção à Saúde (RAS) são fundamentais para a coordenação e integração dos serviços e ações de Saúde, assim como para a integralidade e a qualidade do cuidado à saúde. A organização dos serviços e recursos em redes em diversos países tem demonstrado o alcance de melhores resultados em Saúde, menos internações, maior satisfação dos usuários, melhor uso dos recursos, serviços mais custo-efetivos e de melhor qualidade, maior cooperação entre gestores de diferentes serviços, entre outras vantagens.

Desse modo, uma RAS implica a organização de um conjunto de serviços de saúde e suas ações de diferentes densidades tecnológicas que, agregados por meio de arcabouços de apoio, seja ele técnico, de logística ou de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado às populações de uma determinada região de Saúde (BRASIL, 2010*apud* BRASIL, 2014c, p. 21)

Ainda de acordo com o autor, uma região de Saúde pode ser representada por

> "[...] um espaço geográfico contínuo, preferencialmente delimitado a partir de identidades culturais, econômicas, sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de permitir a organização, o planejamento e a execução das ações e dos serviços necessários à população do território (BRASIL, 2011, *apud* BRASIL, 2014c, p. 21).

Segundo Mendes (2011 *apud* BRASIL, 2014c, p. 21) os serviços de Saúde são compostos por pontos de Atenção à Saúde, ou seja, por locais de prestação de serviços que possuem a mesma categoria: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), hospitais-dia, ambulatórios de cirurgia de Atenção Especializada, bem como Serviços de Atenção Domiciliar. Embora não haja hierarquia entre os serviços, o autor destaca a os serviços de Atenção Primária como a porta de entrada do sistema e que devem coordenar o conjunto de respostas às necessidades de saúde da população (MENDES, 2011 *apud* BRASIL, 2014c).

Para concluir, ressalta-se que o cuidado dos indivíduos com hipertensão arterial sistêmica (HAS) deverá ser realizado por equipe multiprofissional, uma vez que o principal objetivo do tratamento é que os níveis pressóricos sejam mantidos controlados de acordo com as características individuais de cada um e cuja finalidade é reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorando com isso, a qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2010*apud* BRASIL, 2013b).

Assim, um dos principais desafios para as equipes da Atenção Básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados o mais precocemente e manter o acompanhamento regular desses indivíduos, mantendo-as motivadas e

aderentes ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (BRASIL, 2013b).

5 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Pelo diagnostico situacional realizado pela equipe de saúde da família Novo Horizonte no município de Lajinha / MG, foi detectado que a falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica continua constituindo um dos maiores problemas de nossa área de atuação. No cotidiano do trabalho verifica-se uma grande quantidade de pacientes hipertensos, os quais não tem um controle adequado de sua pressão arterial.

Para tentar solucionar o problema foi elaborado o presente projeto de intervenção, que tem como objetivo o acompanhamento dos hipertensos atendidos pela equipe de saúde a fim de criar estratégias para combater as causas do não controle da hipertensão. Para atingir o objetivo foram selecionados como nós críticos: Processo de trabalho da equipe da saúde; Estrutura do serviço de saúde; Hábitos e estilos de vida e Melhoria do nível de informação.

As ações relacionadas ao nó crítico “Processo de trabalho da equipe da saúde” serão detalhadas no Quadros 4:

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “Processo de trabalho da equipe da saúde” relacionado ao problema alta porcentagem de pacientes hipertensos sem controle adequado, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte, em Lajinha, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Processo de trabalho da equipe da saúde
Operação	Implantar a linha de cuidado para hipertensão arterial, incluindo os mecanismos de referência e contra referência.
Projeto	**Qualifica +**
Resultados esperados	Cobertura de 90 % da população com adoecimento por hipertensão arterial sistêmica.
Produtos esperados	Linha de cuidado para risco de adoecimento por hipertensão arterial; criação de protocolos; capacitação de recursos humanos; regulação implantada; implantar gestão de linha de cuidado.
Atores sociais/	Toda a Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte.

responsabilidades	
Recursos necessários	Cognitivo> elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolo Político> articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais Organizacional> adequação de fluxos (referência e contra referência)
Recursos críticos	Organizacional> adequação de fluxos (referência e contra referência)
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria Municipal deSaúde Motivação: favorável
Ação estratégica de motivação	Plano de cuidado da prevenção para portadores de hipertensão arterial.
Responsáveis:	Equipe do PSF Novo Horizonte.
Cronograma / Prazo	Início em 3 meses finalização em 12 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Situação atual: produtos esperados implantados.

Fonte: Labrada, 2016

Para o controle adequado da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), será necessário melhorar a infraestrutura em relação ao fornecimento de medicamentos, elaboração e cumprimento dos protocolos pela Equipe de Saúde. As ações relacionadas com o nó crítico “Estrutura do serviço de saúde” se encontrão descritas no Quadro 5:

Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico “Estrutura do serviço de saúde” relacionado ao problema alta porcentagem de pacientes hipertensos sem controle adequado, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte, em Lajinha, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Estrutura do serviço de saúde
Operação	Melhorar a estrutura do serviço para atendimento dos portadores de hipertensão arterial
Projeto	**Cuidar Melhor**

Resultados esperados	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para 90% dos pacientes com adoecimento por hipertensão arterial sistêmica.
Produtos esperados	Capacitação de pessoal; contratação de compra de exames e consultas especializadas; compra de medicamentos.
Atores sociais/ responsabilidades	Secretaria municipal de saúde, coordenadora da estratégia de saúde da família.
Recursos necessários	Cognitivo> informação sobre o tema e elaboração de projetos Político> mobilização social e articulação interssetorial com rede de ensino e a rádio comunitária Organizacional> organizar as palestras de educação em saúde. Financeiros> aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos.
Recursos críticos	Político> decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiro> aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Prefeitura Municipal de Lajinha. Motivação: favorável Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde Motivação: favorável Ator que controla: Fundo Nacional de Saúde Motivação: Indiferente
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de estruturação de rede.
Responsáveis:	Secretário Municipal de Saúde e Coordenadora da Atenção Básica e Equipe do PSF Novo Horizonte.
Cronograma / Prazo	Início em 4 meses finalização em 12 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Situação atual: em andamento Novo Prazo: 4 meses.

Fonte: Labrada, 2016

O controle da hipertensão arterial está intimamente relacionado às mudanças de hábitos de vida, tais como: alimentação adequada, prática regular de exercícios físicos e abandono do tabagismo. Estas estratégias se referem às atividades de autocuidado que, na maioria das vezes, deveriam ser orientadas por profissionais que atendem a população com hipertensão. As ações relacionadas com o nó crítico "Hábitos e estilos de vida" estão detalhadas no Quadro 6:

Quadro 6 – Operações sobre o nó crítico "Hábitos e estilos de vida" relacionado ao problema alta porcentagem de pacientes hipertensos sem controle adequado, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte, em Lajinha, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Hábitos e estilos de vida
Operação	Modificar hábitos e estilos de vida
Projeto	**+ Saúde**
Resultados esperados	Melhorar os hábitos alimentares e diminuir o consumo abusivo de álcool e tabaco.
Produtos esperados	Programa de educação em saúde com o grupo operativo de hipertensos; campanha educativa nas escolas e na rádio comunitária.
Atores sociais/ responsabilidades	Agentes Comunitários de Saúde.
Recursos necessários	Cognitivo> informação sobre o tema e estratégias de comunicação Político> mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino e a rádio comunitária Organizacional> organizar as palestras de educação em saúde Financeiros> para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Recursos críticos	Político> mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino e a rádio comunitária Financeiro> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Controle dos	Ator que controla: Setor de Comunicação Social

recursos críticos / Viabilidade	Motivação: favorável Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde Motivação: favorável
Ação estratégica de motivação	Promover educação e saúde por meio de grupo operativo de hipertensos.
Responsáveis:	Médico juntamente com a equipe Novo Horizonte.
Cronograma / Prazo	Permanente
Gestão, acompanhamento e avaliação	Situação atual: produtos esperados implantados.

Fonte: Labrada, 2016.

Por se tratar de uma patologia crônica, o tratamento da Hipertensão é permanente, durando por toda a vida do indivíduo. A adesão ao plano terapêutico ocorrerá à medida que o cidadão tenha conhecimento sobre a patologia e suas consequências em longo prazo, bem como os benefícios advindos do alcance e da manutenção das metas instituídas no tratamento.

Outras orientações importantes são o reconhecimento de sintomas de descontrole da HAS e de lesões em órgãos-alvo, assim como os efeitos colaterais e secundários de eventuais medicamentos em uso. As orientações deverão ser feitas, tanto verbalmente quanto por escrito, de forma clara, a fim de que sejam compreendidas pelo paciente e seus familiares. As ações relacionadas ao nó crítico “Melhoria do nível de informação” serão descritas no Quadro 7:

Quadro 7 – Operações sobre o nó crítico “Melhoria do nível de informação” relacionado ao problema alta porcentagem de pacientes hipertensos sem controle adequado, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte, em Lajinha, Minas Gerais.

Nó crítico 4	Melhoria do nível de informação
Operação	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de hipertensão arterial e os cuidados em relação a alimentação e atividade física..

Projeto	**Saber +**
Resultados esperados	Grupo operativo mais informado sobre os riscos e agravos da hipertensão arterial.
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação do grupo operativo sobre os riscos e agravos da hipertensão arterial; Distribuição de panfletos e tabelas de alimentação saudável; Capacitação da equipe multidisciplinar; Realização das reuniões mensalmente com o grupo operativo.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe do PSF Novo Horizonte.
Recursos necessários	Cognitivo> conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógica. Político> articulação intersetorial (parceria com o setor da educação) e mobilização social. Organizacional> organização da agenda. Financeiros> para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Recursos críticos	Político> articulação intersetorial (parceria com o setor da educação) e mobilização social. Financeiro> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Atores que controlam: Secretaria Municipal de Saúde. Motivação: favorável Ator que controla: Secretaria Municipal de Educação. Motivação: favorável
Ação estratégica de motivação	Promover educação em saúde por meio de grupo operativo de hipertensos.
Responsáveis:	Equipe do PSF Novo Horizonte.
Cronograma / Prazo	Início em 2 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Situação atual: produtos esperados implantados.

Fonte: Labrada, 2016.

Pela data de início do projeto ate agora podemos avaliar a situação atual dos produtos implantados. Com respeito ao processo de trabalho, foi implantada a linha de cuidado para o risco de adoecimento por hipertensão arterial; foram criados e aplicados os protocolos de atendimento; foi capacitado o pessoal da equipe e em cada reunião foi tratado um tema de atualização sobre hipertensão. De 761 pacientes hipertensos de nossa área foram atendidos até esta data 685, atingindo uma cobertura de 90 %, de acordo com o planificado. Com respeito à estrutura do serviço de saúde, a gestão municipal conseguiu garantir os medicamentos e exames previstos nos protocolos para o 90% dos pacientes com adoecimento por hipertensão arterial sistêmica. Também, a maioria dos pacientes que precisavam consultas especializadas foi atendida. Os pacientes melhoraram os hábitos alimentares e diminuíram o consumo abusivo de álcool e foram encaminhados a consulta de cessação de tabagismo. Criamos um Programa de Educação em Saúde com o grupo de Hiperdia, os quais receberam palestras para melhorar e modificar estilos de vida; Os Agentes Comunitários de Saúde foram muito importantes para essa etapa. Conseguiu-se aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de hipertensão arterial e os cuidados em relação à alimentação e atividade física; foram distribuídos panfletos e tabelas de alimentação saudável. Estamos muito contentes com os resultados obtidos ate agora.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dificuldade de controle da hipertensão arterial sistêmica constitui um dos principais problemas relatados pelos profissionais que atuam na atenção básica, tendo em vista a necessidade de mudança de hábitos de vida, tais como a redução de sal na alimentação, a prática de exercícios físicos e a utilização correta da medicação anti-hipertensiva.

Foi implantada a linha de cuidado para o risco de adoecimento por hipertensão arterial; foram criados e foram aplicados os protocolos de atendimento. Houve capacitação da equipe de trabalho aproveitando-se as reuniões para tratar de um tema de atualização sobre hipertensão. Foi criado um Programa de Educação em Saúde com o grupo de Hiperdia com foco na melhoria do estilos de vida. Os Agentes Comunitários de Saúde foram muito importantes para essa etapa.

Como resultados, dos 761 pacientes hipertensos de nossa área foram atendidos 685, com uma cobertura de 90 %. A gestão municipal conseguiu garantir os medicamentos e exames previstos nos protocolos para os 90% dos pacientes e a maioria deles foram encaminhados para consultas especializadas Conseguiu-se ainda, aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de hipertensão arterial e os cuidados em relação à alimentação e atividade física; foram distribuídos panfletos e tabelas de alimentação saudável.

Pode-se concluir que é necessária uma atuação diferenciada dos profissionais da saúde com os pacientes hipertensos. Dentre os fatores que podem melhorar o controle da hipertensão arterial sistêmica, destacam-se a participação ativa do paciente no tratamento, a diminuição dos fatores de risco, as mudanças no estilo de vida e a simplificação do esquema terapêutico.

Verificou-se também, que as atividades educativas, em especial aquelas relacionadas ao grupo operativo, possibilitaram um efetivo relacionamento entre o paciente, a família e a equipe interdisciplinar. Por meio do desenvolvimento de atividades educativas realizadas pela Equipe de Saúde do

PSF Novo Horizonte foi possível ampliar o nível de conhecimento da população hipertensa, bem como de toda a da Equipe de Saúde.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf. Acesso em 02.12.14.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Mais Médicos (PMM).** Brasília: Governo Federal, 2013a. Disponível em http://maismedicos.gov.br/. Acesso em 2 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em:bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf. Acesso em 13.01.2015.

BRASIL. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).** Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso em: 02 jun. 15

BRASIL. Sistema de Informação Hospitalar/DATASUS. **Causas de internação e óbito.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso em: 02 jun. 15

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 22 jan. 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. Brasília, [online], 2015. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 14 jun. 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde** 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em:<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 02.02.2016.

DIDIER, M. T.; GUIMARÃES, A. C. Otimização de Recursos no Cuidado Primário da Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**. v.88, n.2, p. 218-224, 2007.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000200014. Acesso em 16 jan. 2016.

LAJINHA. Câmara Municipal de Lajinha/MG. Disponível em:<http://wwwcmlajinha.mg.gov.br-de-lajinha>acesso em: 27 abr. 2015.

LOPES, M. C. L.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S.; SOUZA, A. C.; WAIDMAN, M. A. P. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico**. Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.10, n. 1, p. 198-211, 2008. Disponível em:<https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm. Acesso em 09 fev. 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção à Saúde do Adulto: Hipertensão e Diabetes.** Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2119.pdf. Acesso em: 09 fev. 2016.

PASSOS, V. M. de A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**[online]. 2006, v.15, n.1, p. 35-45. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a03.pdf.Acesso em:16 jan.2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Diretrizes brasileiras de hipertensão VI. **Revista hipertensão**. Janeiro, fev./mar. de 2010, Ano 13, v 13, n.1. Disponível em: http://www.sbh.org.br/medica/artigos36.asp. Acesso em: 18 jan. 2016.