

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

**THAÍS CÂNDIDA BORGES**

**ADESÃO AO TRATAMENTO DOS PACIENTES COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA RESIDENTES NA ÁREA  
DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA SÃO SEBASTIÃO, EM IAPU, MINAS GERAIS**

**IPATINGA- MINAS GERAIS  
2015**

**THAÍS CÂNDIDA BORGES**

**ADESÃO AO TRATAMENTO DOS PACIENTES COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA RESIDENTES NA ÁREA  
DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA SÃO SEBASTIÃO, EM IAPU, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>Adelaide Rocha

**IPATINGA -MINAS GERAIS  
2015**

**THAÍS CÂNDIDA BORGES**

**ADESÃO AO TRATAMENTO DOS PACIENTES COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA RESIDENTES NA ÁREA  
DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA SÃO SEBASTIÃO, EM IAPU, MINAS GERAIS**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof. Adelaide Rocha- UFMG

Examinador 2: Profa. –Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em        de        de 2015.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por me fortalecer diante das dificuldades da vida.

À minha família pelo incentivo ao trabalho e aos estudos.

Ao meu orientador pelo auxílio e dedicação.

Às minhas tutoras pela atenção e disponibilidade.

Aos meus colegas pelo companheirismo.

À equipe da ESFSão Sebastião pela recepção acolhedora e pelos ótimos momentos de trabalho compartilhados.

E a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

**“Mas na profissão, além de amar tem de saber. E o saber leva tempo pra crescer.”**

**(Rubem Alves)**

## RESUMO

Dentro da Saúde Pública, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresenta elevada prevalência e reduzidas taxas de controle, configurando-se como um grave problema de Saúde Coletiva. Como importantes causas de morbimortalidade e geradoras de altos custos econômicos, as doenças cardiovasculares complicam-se progressivamente com o aumento da pressão arterial. O cuidado dos hipertensos deve ser uma das prioridades da Atenção Primária, uma vez que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado são cruciais à redução de eventos cardiovasculares adversos. O presente trabalho propõe a elaboração de um plano de intervenção a ser operacionalizado pela Equipe de Saúde da Família São Sebastião, da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Iapu, Minas Gerais. Objetiva otimizar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos. Para a abordagem dos pacientes serão realizados o cadastro e a estratificação de risco cardiovascular pelo escore de Framingham, além de abordagem direcionada, com agendamento de consultas conforme prioridade, intensificação do HIPERDIA, encaminhamento para ambulatórios especializados se houver indicação e aprimoramento dos grupos. Estabelecido o plano de ação proposto, pretende-se abordar a HAS como doença crônica, bem como aumentar a adesão da população às mudanças de estilo de vida e manejo correto das medicações. Com o fomento da autonomia dos usuários em relação ao seu estado de saúde e atenção às melhorias na qualidade de vida, tal projeto pretende contribuir de forma significativa para a melhoria das condições de saúde e de vida da população da área de abrangência da ESF São Sebastião.

Palavras-chave: Hipertensão. Terapêutica. Saúde Pública

## **ABSTRACT**

In Public Health, Hypertension (HBP) has a high prevalence and low control rates, configured as a serious problem of Public Health. How important causes of morbidity and mortality and generate high economic costs, cardiovascular diseases are complicated progressively with increasing blood pressure. The care of hypertensive patients should be a priority for the Primary, since early diagnosis, good control and proper treatment are crucial to the reduction of adverse cardiovascular events. This paper proposes the development of an action plan to be operated by Health Team San Sebastian Family, the Family Health Strategy (FHS) of Iapu, Minas Gerais. It aims to optimize treatment adherence of hypertensive patients to approach the patients will be held the record and the stratification of cardiovascular risk by Framingham score, and targeted approach, with appointment scheduling as priority, greater HIPERDIA, referral to specialized clinics if indicating and improvement of the groups. Established the proposed action plan is intended to address the chronic disease like hypertension and increase the population's adherence to lifestyle changes and proper handling of medications. With the increasing autonomy of users in relation to their health and attention to improvements in quality of life, such a project aims to contribute significantly to improving the quality of health and life of the population of the catchment area of San Sebastian ESF.

Key words: Hypertension. Therapy. Public Health

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	8
1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TERRITÓRIO .....	8
1.2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL .....	15
1.3. JUSTIFICATIVA .....	17
2. OBJETIVOS .....	19
3. METODOLOGIA.....	20
3.1. REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
4. PLANO DE INTERVENÇÃO .....	27
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	34
REFERÊNCIAS.....	36



## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

localiza-se na região metropolitana do Vale do Aço, a 252 km da capital do estado, Belo Horizonte. Pertence à mesorregião do Vale do Rio Doce e à microrregião de Caratinga. Situa-se a 35 km de Ipatinga, cidade que abrange serviços de saúde de maior densidade tecnológica para os usuários iapuenses (IAPU, 2014).

O atual prefeito é José Carlos de Barros (Kako) e o vice-prefeito, Rubens Nunes Medeiros (Rubinho). A secretária de saúde é Gizelle Gonçalves Moreira Pinto; o coordenador da Atenção Básica e Saúde Bucal, Lucas Moreira Souza (IAPU, 2014).

A população do município, de acordo com relatório de 2010 do IBGE era de 10.315 habitantes, como representado no quadro 1. Segundo dados do mesmo instituto, a estimativa para 2013 era de 10.768 ocupantes (BRASIL, 2010).

Possui 340,579 km<sup>2</sup> de área total, com 10.315 habitantes e densidade demográfica de 30,39 hab/km<sup>2</sup>. O Produto Interno Bruto (PIB) foi R\$ 60.019,00 em 2010 e o PIB *per capita*, R\$ 5.792,78. O número aproximado de domicílios é 3.280; há 2.950 famílias, sendo 2.024 situados em área urbana e 926 residentes em área rural (BRASIL, 2014).

Quanto aos indicadores socioeconômicos, sabe-se que o IDH médio é 0,654; a taxa de urbanização, 2,27%; a renda média por domicílio, R\$ 495,51. A proporção de domicílios que recebe abastecimento de água pela rede pública é 62,64%, enquanto aqueles com poço ou nascente correspondem a 36,61%. Em relação à rede pública de recolhimento de esgoto, 63,24% são favorecidos, enquanto 22,36% utilizam fossa e outros 14,51% eliminam esgoto a céu aberto. As principais atividades econômicas são agricultura, pecuária, extração vegetal e silvicultura (BRASIL, 2014).

Quadro 1 - Aspectos demográficos – Iapu

Município: Iapu									
Total da População: 10.315 hab									
Nº de indivíduos	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-39	40-59	≥60	Total
Área Urbana	433	585	781	700	567	1600	1574	924	7164
Área Rural	203	179	226	286	241	616	865	535	3151
Total	636	764	1007	986	808	2216	2439	1459	10315

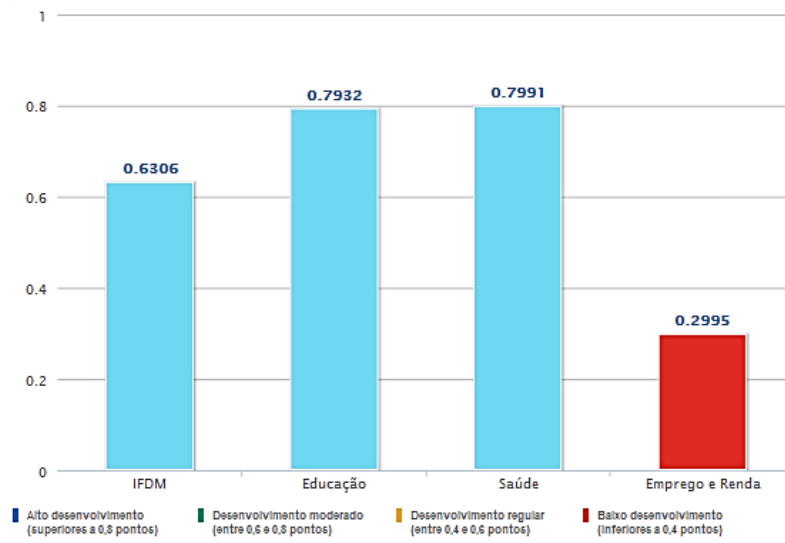
Fonte: Censo IBGE, 2010

A taxa de crescimento anual estimada pelo IBGE (BRASIL, 2010) é de 6,5%. O percentual da população acima de 15 anos que possui 2º ciclo fundamental é 32,48%; o 1º ciclo fundamental é 14,34% e sem instrução é 40,76%. Pelo SIAB verifica-se uma taxa de escolarização de 88,47%.

A incidência da pobreza no município é 34,46%; o limite inferior da incidência de pobreza corresponde a 25,8%, e o limite superior, 43,11%. Há 701 (27,86%) famílias cadastradas no Bolsa Família. O índice de desenvolvimento da educação básica (Ideb) em 2011 foi 5,6 (vide Fig.4).

A população usuária da assistência à saúde pelo Sistema Único de Saúde corresponde a 100%, uma vez que há 100% de cobertura pelas equipes de saúde da família. Apenas 216 pessoas recorrem à saúde suplementar, correspondendo à 2,77%. As fig.1, 2, 3 e 4 representadas abaixo, revelam um panorama de Iapu e seu desenvolvimento (BRASIL, 2014).

Figura 1 - Iapú e áreas de desenvolvimento (2010)



Fonte: <http://www.firjan.org.br>

Figura 2 - IFDM – Ranking municipal

Nacional	Estadual	IFDM	UF	Município
3142°	540°	0.6306	MG	Iapú
3147°	541°	0.6301	MG	Ibertioga
3153°	542°	0.6299	MG	Conselheiro Pena
3162°	543°	0.6292	MG	Mathias Lobato
3164°	544°	0.6292	MG	Jequeri
3166°	545°	0.6290	MG	Mirabela
3177°	546°	0.6282	MG	Desterro do Melo
3178°	547°	0.6282	MG	Itueta
3181°	548°	0.6280	MG	Jesuânia
3182°	549°	0.6280	MG	Manga

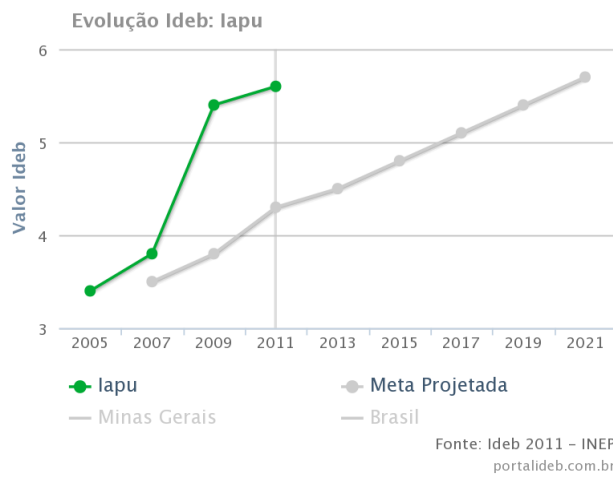
Fonte: <http://www.firjan.org.br>

Figura 3 - Evolução anual de IapU (de 2000 a 2010)



Fonte: <http://www.firjan.org.br>

Figura 4 - IDEB(Índice de desenvolvimento da educação básica)



Fonte: [www.portalideb.com.br/cidade/1439-iapu/ideb](http://www.portalideb.com.br/cidade/1439-iapu/ideb)

No que tange ao sistema local de saúde, o município conta com o Conselho Municipal de Saúde, que é composto pelo presidente do conselho, 1ª secretária, secretária de saúde, secretário de atenção básica, além de cinco enfermeiras (correspondentes às equipes de ESF do município). Não há representantes de usuários no conselho. As reuniões ocorrem mensalmente.

Com base na Lei Orçamentária Anual de 2010, o Fundo Municipal de Saúde foi R\$1,538 mi. A despesa orçamentária nesse mesmo ano destinada à saúde foi R\$3,352 mi (BRASIL, 2014).

O Programa Saúde da Família, implantado pelo Ministério da Saúde em 1994, contou com a adesão do município por volta de 2001. Hoje a cobertura pelas ESF's é de 100% e a estratégia conta com boa aceitabilidade por parte dos usuários. Há cinco equipes no município, sendo duas rurais. Há um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com serviços de psicologia, nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia e educação física. No município, há ainda atendimentos médicos das especialidades: ginecologia e obstetrícia, psiquiatria, pediatria, dermatologia, endocrinologia e cirurgia ambulatorial (BRASIL, 2014).

Quanto às unidades de saúde pública, há a Unidade Básica de Saúde (UBS) Jerusalém, sede de duas equipes de ESF e o Centro Municipal de Saúde, sede de três equipes, por sua vez. O município conta com um laboratório de análises clínicas, duas clínicas de fisioterapia e duas de atendimento odontológico. Há também um eletrocardiógrafo em cada unidade de saúde. Há 132 profissionais de saúde, dos quais 22 são efetivos e 110, contratados. A carga horária semanal para quase totalidade é de 40 horas (BRASIL, 2014).

De acordo com as necessidades de tratamento, o usuário é encaminhado a diferentes setores do atendimento à saúde do SUS. A referência (encaminhamento) se dá a especialistas que atendem no município, bem como a outros profissionais e serviços de maior complexidade, estes situados em Ipatinga. Depois de estabilizado o quadro clínico, o paciente é contra referenciado à Atenção Básica, a fim de dar seguimento ao tratamento e só

retorna ao especialista para revisões ou intercorrências. Tal sistema falha devido à ausência de prontuário eletrônico e guia de referência e contra referência.

As redes de média e alta complexidade, reconhecidas por serviços ambulatoriais de maior densidade tecnológica e assistência hospitalar, respectivamente, são estabelecidas através de convênio com serviços públicos e privados de Ipatinga.

De acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no ano de 2014, o território situado na área de abrangência da ESF São Sebastião possui 533 famílias cadastradas e totaliza 1603 habitantes. Destes, 1.109 habitantes acima de 15 anos são alfabetizados (86,98%). Não há dados relativos à taxa de emprego; a maioria dos trabalhadores dedica-se ao setor primário da economia, com atividades voltadas à agricultura, pecuária (principalmente voltada à produção de leite), extração vegetal e silvicultura (BRASIL, 2014).

As principais doenças referidas são hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*. Há casos de alcoolismo, epilepsia e deficiências física e mental. A mortalidade se dá principalmente por doenças crônicas e envelhecimento populacional (BRASIL, 2014).

A ESF São Sebastião é dividida em cinco microáreas, sendo elas:

- Microárea 1: São Sebastião da Barra e Sítio Estrela Azul;
- Microárea 2: São Sebastião da Barra; Córregos Bugre, Boa Sorte, das Pedras, José Belo, Marumbá, Bambaquiri; Fazendas Caxambu, Santa Luzia, Aragarça e CG;
- Microárea 3: Córregos Taquaraçu e Boa Vista;
- Microárea 4: Córregos Boa Vista, São Sebastião e Cachoeiras;
- Microárea 5: Córrego Parado.

A comunidade é, em sua totalidade, rural. O distrito de São Sebastião da Barra possui: uma escola municipal, uma escola estadual, uma igreja católica, duas igrejas evangélicas, dois salões de beleza, três mercearias, quatro bares, uma casa ruralista, um depósito de material de construção, uma padaria, um açougue, uma farmácia, uma loja de roupa, uma associação de produtores de leite, três oficinas mecânicas e um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

O Córrego São Sebastião apresenta uma igreja católica. O Taquaraçu, duas igrejas evangélicas, uma associação de produtores de leite e uma clínica de reabilitação para dependentes químicos. O Boa Vista, uma igreja católica, uma igreja evangélica e uma associação de produtores de leite. O Parado, por sua vez, apresenta três igrejas católicas, uma igreja evangélica, um bar e um centro comunitário.

Em relação ao abastecimento de água, 211 famílias são cobertas pela rede pública (39,59%) e 318 contam com poço ou nascente (59,66%). Alguns usuários possuem serviços de telefonia celular rural. Não há serviços de telefonia móvel, bancos ou correios no território (BRASIL, 2014).

As microáreas são todas de localização rural, sendo a mais distante, em São Sebastião da Barra, situada a 39 quilômetros da região central de Iapu. O horário de atendimento é restrito na maioria dos locais, uma vez que a equipe de ESF se desloca apenas na parte da manhã para prestar atendimento nas áreas rurais, com base em um cronograma.

Caso seja necessário atendimento em momentos em que a equipe não se encontra no local, o usuário deve se deslocar para a UBS Jerusalém, na zona urbana da cidade, que funciona de 7h às 17h, de segunda a sexta-feira. A mesma se situa na Rua Alves Pinto, 151, bairro Jerusalém. Há um total de 21 profissionais atuantes na unidade, sendo que cinco são médicos.

A ESF São Sebastião é composta por uma médica, uma enfermeira, uma cirurgiã dentista, uma técnica de enfermagem, uma técnica de saúde bucal e

cinco agentes comunitários de saúde. A carga horária semanal de cada profissional é de 40 horas, sendo que a médica dedica 32 horas ao trabalho no município e oito horas à Especialização em Saúde da Família vinculada ao Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB).

Conta com quatro consultórios médicos e um odontológico, além de dois outros consultórios não-médicos. Dispõe de sala de curativo, enfermagem, imunização, nebulização, observação, cozinha e banheiros. Na unidade, não há prontuário eletrônico. Dispõe de alguns materiais básicos para atendimento das urgências/emergências e são utilizadas ambulâncias da rede municipal quando necessárias (BRASIL, 2014).

A sala de espera conta com um bebedouro com filtro, televisor e cadeira para espera de atendimento. A sala de classificação de risco possui mesa, maca com escada, estetoscópio adulto, esfigmomanômetro, glicosímetro, termômetro. Os consultórios para atendimento multiprofissional contam com mesa, maca com escada, pia, sabonete líquido e papel toalha. Não há aparelhos médicos e nem negatoscópio em cada consultório. Além de tais itens, o consultório ginecológico conta com maca ginecológica, material para coleta de preventivo de câncer de colo do útero (PCCU), realização de colposcopia, dispositivo intra uterino (DIU) de cobre, detector ultrassônico fetal. Não há material para intubação e nem para ressuscitação cardiopulmonar na unidade, bem como falta aparelho de eletrocardiograma.

## **1.2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**

Após a contextualização do tema pode-se explicitar a análise situacional da equipe quatro (São Sebastião), feita a partir de uma reunião com a equipe do NASF que atende a unidade, baseando-se no método de Estimativa Rápida. Participaram da reunião a médica, a enfermeira, a técnica de enfermagem, as cinco agentes comunitárias de saúde (ACS) e dois profissionais do NASF, o psicólogo e a nutricionista.



A partir das discussões da reunião, foi possível levantar diversos problemas da unidade. O primeiro problema citado foi a falta de controle dos pacientes hipertensos e diabéticos. Nesse caso, os hipertensos foram o grande alvo da discussão, já que dos 1603 usuários, 18,9% são hipertensos, a afecção mais prevalente na região, e 3,3% são diabéticos. Esses pacientes estão descontrolados do ponto de vista de irregularidade do uso da medicação, negligência em relação aos exames de controle e falta de adesão às mudanças de estilo de vida.

Outros problemas identificados foram: gravidez na adolescência, negligência das mulheres em relação à realização do exame preventivo citológico do câncer do colo de útero; depressão; problemas ortopédicos (dores crônicas musculares e articulares); abuso de medicamentos sedativos como os benzodiazepínicos; não comparecimento dos pacientes às consultas de especialidades do NASF; demora na fila de certos exames e consultas especializadas; entre outros.

A partir da análise situacional realizada, o mau controle dos pacientes hipertensos foi selecionado como problema de maior prioridade e é alvo do trabalho em questão. Então, por meio da identificação dos “nós críticos”, propôs-se o desenho das operações para enfrentamento do problema com a implantação do projeto de intervenção.

Outros nós selecionados foram o baixo nível de informação sobre a doença e os hábitos e estilos de vida não adequados. Nesse caso a intervenção será realizada também no HIPERDIA, por meio da realização de palestras e grupos de discussões sobre temas relacionados na sala de espera dos atendimentos. Além disso, também há a proposta de criação de grupos operativos, com a participação dos pacientes com HAS e profissionais da área de saúde (médico, enfermeira, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional).

Além dessas, outra causa selecionada para problema foi o equívoco do processo de trabalho da equipe que se baseia principalmente em atendimento

desses pacientes na demanda espontânea. As medidas de intervenção citadas anteriormente contribuem para resolubilidade dessa questão, somada a ela será realizada organização da agenda médica e de enfermagem de acordo com a abordagem das doenças crônicas.

### 1.3. JUSTIFICATIVA

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública, como citado nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (NOBRE *et al.*, 2010).

Nobre *et al.* (2010), ao abordarem as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, relatam que “a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública”.

O manejo adequado dos hipertensos deve ser uma das prioridades da Atenção Primária a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares (NOBRE *et al.*, 2010).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma afecção clínica multifatorial, que se caracteriza por elevados níveis de pressão arterial (PA). A prevalência estimada em Minas Gerais é de 20% na população maior ou igual a 20 anos de idade, segundo a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), dado que corresponde à prevalência em IAPU (19%), de acordo com dados do SIAB (MINAS GERAIS, 2010)

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a doença é considerada um dos principais problemas de “saúde pública devido à alta prevalência e à relação linear e contínua do aumento dos níveis de PA com a elevação do risco cardiovascular individual e aumento da mortalidade” por

DCV. As DCV são a principal causa de morte atualmente no Brasil e também responsáveis por elevados custos médicos e socioeconômicos. Segundo estudos, o diagnóstico e o controle adequado da HAS são essenciais para diminuição da incidência das DCV (HOEPFNER *et al.*, 2010, p. 7)

Na ordem de prioridade dos problemas da ESF São Sebastião destacou-se a falta de controle dos pacientes hipertensos como o principal a ser resolvido porque, além de ser a afecção mais prevalente na área, por ser uma doença crônica, grande parte da demanda espontânea e agendada da unidade gira em torno desse problema de saúde. Dentre os nós críticos pode-se citar principalmente a cultura da população de renovação de receita. Essa prática prejudica o controle dos pacientes, já que muitos passam meses ou até anos sem uma consulta médica de controle, apenas renovando a mesma receita de medicamentos, sem realizar exames de controle ou mesmo aferições da pressão arterial, por exemplo.

A essa cultura somam-se o baixo nível de informação sobre a doença e os hábitos e estilos de vida não adequados, que contribuem em grande parte para não adesão ao tratamento. O processo de trabalho da equipe, de atender esses pacientes basicamente quando chegam para demanda espontânea, e a falta dos grupos de hipertensos também contribuem para perpetuação do problema.

Assim, a partir da abordagem multidisciplinar e da procura em levar a informação ao paciente da forma mais acessível e dinâmica, espera-se que ocorra uma maior adesão dos pacientes às mudanças de estilo de vida, ao uso correto da medicação, a preocupação com o bom controle crônico da HAS e a uma maior autonomia em relação ao acompanhamento de sua saúde.

Destaca-se que a Equipe do NASF participou da análise dos problemas levantados e considerou que no município de Iapu existem recursos humanos e materiais para se desenvolver um Projeto de Intervenção junto à população hipertensa, portanto a proposta é viável.

## 2. OBJETIVOS

Elaborar um projeto intervenção para otimizar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos residentes na área de abrangência da equipe da ESF São Sebastião, no município de Iapu - MG.

Será possível através do alcance dos objetivos específicos:

- Conscientizar a população em relação ao seu problema de saúde;
- Reduzir a cultura de renovação de receita e procura da UBS apenas em casos agudos;
- Abordagem da hipertensão arterial sistêmica centrada em medidas de promoção à saúde e prevenção de complicações;
- Aumentar a adesão às mudanças de estilo de vida e ao uso correto da medicação;
- Aumentar a autonomia da população em relação ao seu estado de saúde e de bem estar.

### 3. METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como um projeto de intervenção que tem como objetivo propor a melhoria da adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos residentes na área de abrangência da equipe da ESF São Sebastião, no município de Iapu – MG.

Os problemas da unidade foram selecionados a partir da observação situacional e também da análise das fontes de dados disponíveis a partir das fichas de produção diária e mensal. Essas fichas especificam o número de atendimentos, os principais diagnósticos de cada consulta, as estratégias realizadas (solicitação de exames, encaminhamentos para especialidades), a idade e procedência dos pacientes, entre outros dados que possibilitaram a listagem dos problemas relacionados.

A classificação das prioridades foi feita a partir da análise dos pontos: importância do problema (alto, médio, baixo); urgência e capacidade de enfrentamento. E a partir disso foi selecionado o problema de maior prioridade pelo resultado da aplicação dos critérios.

Dessa forma, a falta de controle dos pacientes hipertensos foi citada como o principal problema a ser resolvido, pois tem importância alta devido ao grande número de usuários hipertensos; é de urgência, pois são esses os grandes responsáveis por sobrecarregar a demanda espontânea da unidade com as descompensações agudas da doença devido à falta de controle; e a solução do problema está quase totalmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe, que deve desenvolver a classificação em grupos de risco, o HIPERDIA, grupos de controle, dentre outras medidas.

Inicialmente, a cultura da população de renovação de receita tem o objetivo de ser transformada. Será aprimorado o HIPERDIA, em que ocorrerão atendimentos médicos com consultas de controle dos pacientes hipertensos, em que serão realizadas não apenas a renovação de receitas, mas a

classificação em grupos de risco a partir do exame clínico, solicitação de exames de controle, orientações sobre doença e tratamento e esclarecimento de dúvidas do paciente, além da abordagem de outros problemas de saúde de acordo com a necessidade de cada paciente.

A busca de dados teóricos foi realizada por meio da consulta ao conteúdo da linha-guia da Secretaria de Estado de Minas Gerais (2013), que regulamenta e orienta a atenção à saúde do adulto, e às Diretrizes Brasileiras atuais da abordagem da Hipertensão Arterial Sistêmica (2010). Além disso, o trabalho contará com a coleta de dados nos bancos de dados do DATASUS, IBGE, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Portal CAPES, Biblioteca Virtual de Saúde, Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), dentre outros. Foram priorizadas publicações dos últimos cinco anos (2009 a 2014), exceto legislações e outras publicações básicas anteriores, importantes ao assunto.

O trabalho foi guiado utilizando-se os seguintes descritores: hipertensão, terapêutica, saúde coletiva. Por fim, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do plano de ação. O trabalho foi constituído por seleção e análise de publicações relativas ao tema.

### **3.1. REFERENCIAL TEÓRICO**

Segundo Nobre *et al.* (2010), sabe-se que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma afecção clínica multifatorial, que se caracteriza por elevados valores de pressão arterial, o que a torna um dos principais fatores de risco modificáveis relacionado às doenças cardiovasculares (DCV).

Em Minas Gerais, a prevalência estimada da HAS é de 20% na população a partir dos 20 anos de idade (MINAS GERAIS/SES, 2006 apud MEIRELES *et al.*, 2013). Outrossim, essa doença é considerada um dos principais problemas de saúde coletiva, uma vez que se verifica elevada prevalência, além

deproporcionalidade direta dos níveis de PA com a gravidade do risco cardiovascular individual e o aumento da mortalidade por DCV, conforme afirmam Nobre *et al.* (2010). As DCV denotam, atualmente, a principal causa de morte no Brasil e são também responsáveis por elevadas despesas médicas e socioeconômicas.

Segundo Nobre *et al.* (2010) e Meireles *et al.* (2013), o diagnóstico e o controle adequado da HAS são essenciais para diminuição da incidência das DCV. Os resultados encontrados por Moraes e Freitas (2012) evidenciaram elevada prevalência de doença isquêmica do coração na população por eles estudada, além de fatores potencialmente modificáveis, como a HAS, estiveram associados ao desfecho. Para Lessa (2010), a HAS é a doença vascular mais prevalente e o fator de risco mais forte para doenças cerebrovasculares, que são a maior causa de morte no Brasil.

Como exposto por Travagim *et al.* (2010), além das DCV, a HAS também constitui fator de risco para a doença renal crônica (DRC). Os hipertensos são um dos principais grupos de risco para o desenvolvimento da DRC e estudos evidenciam que o controle dos níveis pressóricos pode controlar a progressão da DRC ou mesmo impedir o seu aparecimento (PACHECO, 2005 apud TRAVAGIM *et al.*, 2010).

De acordo com Rosário *et al.* (2009), a HAS revelou-se um problema de saúde pública relevante também em município de pequeno porte do interior do país, em que os níveis de controle da HAS foram considerados insatisfatórios na população estudada.

Segundo Costa *et al.* (2008), um alto índice de internações devido a HAS e outras doenças pode indicar problemas relacionados com a rede de Atenção Básica, ora na gestão, na oferta insuficiente de serviços, na escassez de medicamentos para o controle de doenças crônicas, nas dificuldades com recursos diagnósticos ou nas deficiências no manejo, e além de inefetividade no acompanhamento ambulatorial e no sistema de referência.

Além desses problemas, de acordo com outro estudo, os principais fatores que determinam a precariedade do controle da HAS a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e da maior disponibilidade de medicamentos são a negligência do diagnóstico e do tratamento, por ser condição clínica assintomática durante a evolução, bem como a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito (BRASIL, 2006).

Nobre *et al.* (2010) apontam que os fatores de risco (FR) para HAS são: idade, sexo e etnia, sobrepeso e obesidade, consumo de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genéticos. Muraro *et al.* (2013) postulam que existe relação de causalidade entre aumento de massa corporal e de PA que já foi demonstrada em diversos estudos. Sabe-se que dieta abundante em sódio e álcool e pobre em potássio e fibras está relacionada com o aumento dos níveis de PA.

Moreira *et al.* (2013), por sua vez, relata que a HAS em adolescentes associou-se à obesidade e linearmente à circunferência abdominal, o que evidencia a relevância do excesso de peso como FR ligado à HAS já nessa faixa etária. De acordo com os resultados encontrados por Ferreira *et al.* (2009), relações da HAS com cor de pele poderiam sinalizar predisposição genética, enquanto que sedentarismo ou consumo exagerado de certos alimentos poderiam refletir hábitos de vida pregressos favoráveis à elevação da pressão arterial. A maior ocorrência de eventos cardiovasculares entre os hipertensos sinaliza a ocorrência da principal complicação da HAS: os fenômenos trombo-embólicos na doença aterosclerótica.

Sendo assim, as medidas não medicamentosas, como mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos de vida saudáveis são certamente recomendadas pois reduzem a PA e, por conseguinte, a mortalidade cardiovascular; possibilitam a prevenção primária e a detecção precoce, que devem ser objetivos primários dos profissionais de saúde, por serem formas mais efetivas de evitar doenças (NOBRE *et al.*, 2010). As ações preventivas devem visar o estímulo a mudanças no comportamento e no estilo de vida, reduzindo a exposição individual e coletiva aos FR.



Para detecção precoce, o rastreamento da HAS deve ser realizado por meio da aferição da PA em cada consulta clínica a partir dos três anos de idade, quando se deve iniciar a aferição anual da PA (MEIRELES *et al.*, 2013). Apesar das irrefutáveis evidências, os FR ligados aos hábitos de vida continuam a aumentar, levando ao aumento da incidência, da prevalência e do controle inadequado da HAS na população (BRASIL, 2006).

De acordo com Roese *et al.* (2011), sabe-se que os municípios cadastrados na Estratégia de Saúde da Família realizam o cadastro e o acompanhamento à população hipertensa adscrita. Contudo, o acompanhamento dos usuários, em geral, é inferior aos cadastros, algumas vezes devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ou porque muitos usuários só recorrem ao serviço de saúde diante de agudizações.

Os níveis que definem HAS, em adultos, consideram valores de PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg, em aferição no consultório, conforme afirma a publicação VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010). A confirmação do diagnóstico se dá diante de três medidas em diferentes ocasiões, em condições ideais. O uso de diferentes valores de PA ou de menos medidas de PA para diagnóstico de HAS varia de acordo com o risco cardiovascular de cada usuário. Desse modo, pacientes com PA  $\geq 140/90$  mmHg com risco cardiovascular alto, muito alto ou PA  $\geq 180/110$  mmHg já podem ter o diagnóstico de HAS confirmado com duas medidas em diferentes ocasiões; pacientes com índices de PA menores com baixo ou médio risco cardiovascular devem ter o diagnóstico validado apenas após três medidas de PA aferidas em situações distintas. A tabela 1 abaixo apresenta a classificação da PA usuários com mais de 18 anos de idade:

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório  
(>18 anos)

<b>Classificação</b>	<b>Pressão sistólica (mmHg)</b>	<b>Pressão Diastólica (mmHg)</b>
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	<90

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

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.

Uma vez estabelecido o diagnóstico de HAS, o usuário deve se submeter à avaliação clínica e laboratorial e estratificação de risco para que se inicie o tratamento adequado. Além dos principais FR (idade: homens > 55 e mulheres > 65 anos; tabagismo; dislipidemias: triglicérides ≥ 150mg/dL, LDL > 100mg/dL, HDL < 40mg/dL; DM; história familiar prematura de doença cardiovascular: homens < 55 e mulheres < 65 anos), há os adicionais (glicemia de jejum de 100 a 125mg/dL; hemoglobina glicada anormal; obesidade abdominal: circunferência da cintura > 102 cm para homens e > 88 cm para mulheres; pressão de pulso > 65 mmHg para idosos; história de pré-eclâmpsia; história familiar de HAS em hipertensos limítrofes), lesões subclínicas de órgão alvo e condições relacionadas a HAS devem ser consideradas para melhor avaliação do paciente, pois ainda que alguns não tenham sido incluídos na classificação de risco (como o Framingham revisado utilizado neste estudo), várias linhas-guia os têm considerado fatores de risco adicionais (NOBRE *et al.*, 2010).

Conforme Nobre *et al.* (2010) e Meireles *et al.* (2013), para o tratamento adequado a possibilidade de se contar com uma equipe multiprofissional é estratégia desejável, já que a HAS é uma síndrome clínica multifatorial. O

objetivo primordial do tratamento é a redução da morbimortalidade cardiovascular e, a partir desse objetivo, baseando-se no risco cardiovascular calculado, devem ser escolhidos os anti-hipertensivos adequados para cada paciente dentre as diversas classes disponíveis atualmente.

De acordo com Meireles *et al.* (2013), o controle da PA se associa com a diminuição da morbimortalidade cardiovascular, independente da classe medicamentosa usada. Para o sucesso do tratamento e a adesão adequada do paciente ao tratamento a relação médico/paciente deve ser a base de sustentação, adicionada à abordagem multidisciplinar, que também auxilia no aumento do controle da HAS (NOBRE *et al.*, 2010).

Com a avaliação do perfil dos pacientes diabéticos e hipertensos em unidades básicas de saúde (UBS), Lima *et al.* (2011) relatam que em relação às complicações crônicas decorrentes dessas afecções, as mais prevalentes foram as cardiovasculares, além do que os fatores de risco estiveram ligados ao sobrepeso, à obesidade e aos hábitos de vida sedentários. Devem-se realizar estudos que procurem melhor descrever a comunidade de pacientes portadores dessas doenças crônicas, visando oferecer elementos para melhorar a qualidade de vida destes indivíduos, retardando o manifestação de complicações crônicas.

Conforme ponderam Zillmer *et al.* (2010), pode-se considerar em meio aos resultados encontrados na ESF que o sistema de informação do HIPERDIA é completo na maioria das variáveis estudadas. Outrossim, através da utilização adequada, pela ampla variedade de dados agrupados, os sistemas de informação viabilizam a comprovação da necessidade de recursos financeiros para executar ações de manejo adequado dos usuários acometidos, implantando medidas preventivas e de promoção da saúde.

Amer, Marcon e Santana (2010) alegam que a efetivação de programas multidisciplinares na ESF, através do acompanhamento do quadro de saúde individual e coletivo, bem como o incentivo à adoção de hábitos de vida saudáveis, se revelou medida eficaz para o controle dos riscos à saúde dos

usuários. Além do mais, Xavier *et al.* (2008) completaram com a ação protetora de algumas afecções relacionadas ao tempo de participação na ESF, a despeito de uma taxa maior de HAS e obesidade na população participante desse programa.

Sendo assim, Lima *et al.* (2009) ratificam e reforçam a importância de aplicar diretrizes clínicas na Atenção Básica, como no tratamento da HAS. Apesar disso, há pequena adesão dos profissionais de saúde, ligada à ausência de recursos necessários para motivar os profissionais, monitorar processos e resultados alcançados, o que se mostra como empecilho para modificação da cultura dos serviços de saúde. De tal modo, nota-se que a atualização, o treinamento e o incentivo contínuo dos profissionais de saúde são essenciais para o sucesso das intervenções para melhoria de controle dos hipertensos.

As práticas educativas na APS, segundo Ribeiro *et al.* (2011), devem estimular o autocuidado através de oficinas educativas coletivas e orientações domiciliares. Ao mesmo tempo, nota-se que reunir familiares nas atividades de educação em saúde facilita as mudanças de estilo de vida no núcleo familiar e maior adesão ao tratamento.

Por fim, Pierin *et al.* (2011) avaliam que o paciente, a família, a comunidade, as instituições e a equipe de saúde devem enfrentar unidos o descontrole e a baixa adesão ao tratamento. Longo *et al.* (2009) complementam que, o estudo dos FR relacionados a HAS e ferramentas de controle efetivas ligadas a educação comunitária e monitoramento prioritário dos indivíduos de alto risco, contribuíram para queda substancial na mortalidade em quase todos países desenvolvidos.

#### **4. PLANO DE INTERVENÇÃO**

A análise das informações contidas nos artigos científicos e os dados do diagnóstico situacional servirão de base para o desenvolvimento do plano de ação. A construção do plano de ação do Projeto de Intervenção, por sua vez, terá como referência os dez passos propostos no módulo Planejamento e

Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), a saber:

- Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências);
- Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto à dimensão do problema e sua quantificação);
- Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importantes a serem enfrentadas);
- Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- Sétimo passo: identificação dos recursos críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- Oitavo passo: análise da viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);
- Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

A partir de Meireles *et al.* (2013), foram definidas as etapas do projeto de intervenção. Para organizar a relação dos pacientes hipertensos, a proposta inicial é a realização do cadastro e da estratificação de risco cardiovascular de todos esses usuários. Neste estudo, para classificação dos pacientes, será

utilizada a escala de risco de Framingham revisada. O cadastro será realizado diante da demanda espontânea pelos usuários hipertensos na unidade, seja para consulta, troca de receita ou outros; bem como pela busca ativa dos outros usuários sabidamente hipertensos ou portadores de fatores de risco, pelos ACS's. Os não-hipertensos portadores de FR serão avaliados quanto a possibilidade do diagnóstico de HAS e orientados, mas não terão seu cadastro realizado. Somente os usuários hipertensos serão cadastrados. Será utilizada uma ficha de cadastro, com preenchimento sobre dados de identificação, dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal), FR, medicações em uso, comorbidades e classificação de risco de cada paciente.

Os FR avaliados para estratificação de risco pela escala de Framingham revisada são: idade, HDL colesterol, colesterol total, níveis pressóricos, tabagismo e DM. Durante o cadastramento, os ACS's juntamente com a técnica de enfermagem preencherão os dados de identificação e antropométricos.

Durante as consultas, a médica e a enfermeira realizarão o preenchimento dos demais dados e a estratificação dos pacientes em grupos de risco. A Ficha de Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético, disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Iapu, será utilizada pela equipe, com algumas adaptações para inclusão de dados.

A classificação gera a estimativa de risco de evento cardiovascular. Os pacientes com risco menor que 10% em 10 anos serão classificados como HAS de baixo risco. Aqueles entre 10% e 20%, risco moderado e se maior que 20% em 10 anos, alto risco cardiovascular (MEIRELES *et al.*, 2013).

As ações desenvolvidas pela equipe levam em conta a classificação individual, a fim de propor medidas de intervenção mais adequadas. Os usuários classificados como baixo risco deverão realizar na atenção básica pelo menos duas consultas médicas e duas consultas de enfermagem ao ano, os de moderado risco três consultas médicas e quatro consultas de enfermagem ao ano e os de alto risco, três consultas médicas e duas consultas de enfermagem

ao ano. Estes últimos deverão ser acompanhados conjuntamente em ambulatórios especializados na atenção secundária. A totalidade dos usuários deverá participar de pelo menos quatro atividades nos grupos ao ano e receber no mínimo doze visitas domiciliares realizadas pelos ACS's (MEIRELES *et al.*, 2013).

A agenda dos profissionais de saúde será organizada pela enfermeira, destinando o tempo necessário às atividades do plano e, juntamente com a médica e a técnica de enfermagem, irá verificar e controlar o plano de cuidado dos pacientes. Casos de maior complexidade serão discutidos individualmente durante as reuniões da equipe e será elaborado plano de cuidados diferenciado quando necessário.

Durante as consultas, serão solicitados os exames complementares se houver necessidade, de acordo com protocolo da Linha Guia de HAS (MEIRELES *et al.*, 2013), com adaptações individuais quando necessário.

As consultas médicas e de enfermagem citadas serão realizadas preferencialmente no dia do HIPERDIA, com base na agenda programada. O controle da frequência e da regularidade dos pacientes às consultas médicas e de enfermagem e à realização dos exames complementares, além da análise da adesão ao tratamento pelas visitas dos ACS's, será realizado por meio do acompanhamento pelas fichas: Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e/ou Diabético, a ser preenchida pela médica e pela enfermeira durante as consultas do HIPERDIA; e Ficha B-HA, a ser preenchida pelos ACS's durante as visitas domiciliares.

A conscientização da população em relação ao seu problema de saúde será prioridade da equipe, de forma a estabelecer abordagem da HAS centrada em medidas de promoção à saúde e prevenção de complicações durante todas as atividades realizadas, desde o cadastramento e as visitas domiciliares até as consultas médicas e de enfermagem.

Há ainda a proposta de aprimorar o grupo de hipertensos e realizar palestras informativas. O grupo contará com a participação dos diversos profissionais da saúde da equipe do PSF em questão e da equipe expandida, com apoio do NASF, após discussão da proposta em reuniões na unidade. Os grupos e as palestras ocorrerão preferencialmente no mesmo dia, com periodicidade mensal. A proposta é realizar abordagem multidisciplinar, possibilitar a troca de experiências e esclarecimento de dúvidas dos usuários, procurando transmitir a informação de forma acessível e dinâmica durante os encontros dos grupos e durante as palestras.

Para operacionalizar o projeto de intervenção exposto, serão necessários diversos recursos, como:

- Organizacionais:
  - Equipamentos adequados para realização da classificação de risco. A UBS possui esfigmomanômetros, estetoscópios, fitas métricas e balanças. Porém, alguns materiais se encontram em mau estado de conservação ou em quantidade menor que a necessária. Falta também quantidade suficiente de exemplares de fichas a serem usadas para classificação e acompanhamento;
  - Espaço físico e equipamentos para realização dos grupos e palestras. Esses serão realizados, inicialmente, na sala de espera dos locais de atendimento rural. O espaço é mal estruturado na maioria das unidades, o que não constitui empecilho para efetivar a ação;
  - Disponibilidade dos profissionais de saúde de diversas áreas. Os profissionais tanto da ESF quanto da equipe expandida, NASF, já estão cientes e dispostos a participar do projeto, contudo, falta organização adequada das agendas para as ações;
- Econômicos: recursos financeiros para aquisição dos recursos organizacionais necessários;
- Cognitivos: capacitação dos profissionais de saúde para realização de suas tarefas no projeto de intervenção;
- Poder: recursos políticos necessários para implementar as ações e regularizar as propostas.



O primeiro passo para programar o projeto será viabilizar os recursos organizacionais e econômicos frente a reunião com a gerência do distrito. A atualização conceitual e o treinamento dos profissionais de saúde da equipe para as atividades serão realizados conjuntamente pela médica e pela enfermeira, durante as reuniões da equipe. A gerente das operações será a enfermeira, que já exerce cargo de liderança na equipe. Na tabela 1 está representado o cronograma das ações propostas:

Tabela 1 – Cronograma das atividades propostas pelo Projeto de Intervenção para melhor adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos da ESF São Sebastião

<b>Atividades propostas</b>	<b>Período</b>	<b>Responsáveis pela realização</b>
Cadastro de hipertensos	Maio de 2014 a Setembro de 2014	ACS's, técnica de enfermagem
Reunião com a gerência do município	Maio de 2014	Enfermeira, médica, gerência municipal
Atualização conceitual e treinamento dos profissionais da equipe de saúde	Junho de 2014	Enfermeira, médica
Avaliação e estratificação de risco dos hipertensos com base na escala de risco de Framingham revisada	Maio de 2014 a Setembro de 2014	Enfermeira, médica
Otimização do HIPERDIA	Abril de 2014	Enfermeira, médica
Aprimoramento dos grupos de hipertensos e início das palestras informativas	Abril de 2014	Enfermeira, médica, profissionais do NASF
Controle do acompanhamento dos pacientes e avaliação dos dados das fichas de cadastro	Maio de 2014 a Janeiro de 2015	ACS's, técnica de enfermagem, enfermeira, médica

---

e de acompanhamento

---

Fonte: Autoria própria

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças crônico-degenerativas não-transmissíveis, com destaque para a HAS, apresentam altas taxas de prevalência e reduzido controle adequado nas esferas de atenção à saúde. Uma vez que é possível o diagnóstico precoce e o controle adequado por meio de medidas farmacológicas e não-farmacológicas, propostas como este plano de intervenção são importantes para otimizar o controle das doenças, visando reduzir a ocorrência de eventos cardiovasculares na população acometida por essas afecções. Com isso, busca-se reduzir a morbimortalidade relacionada às doenças cardiovasculares e os custos a ela relacionados.

Os recursos críticos para efetivar o projeto de intervenção proposto são principalmente os cognitivos, econômicos e organizacionais. A falta de profissionais capacitados e a dificuldade em organizar a agenda dos profissionais de saúde é um dos principais entraves às operações, o que pode atrasar a execução do plano. Há ainda a deficiência de recursos financeiros e de equipamentos. A equipe, empenhada na proposta do projeto de intervenção, fará o que estiver ao alcance para disponibilização dos recursos necessários e resolverá os problemas que sejam entraves ao projeto. O passo inicial será a reunião com a gerência municipal e, em seguida, a capacitação e atualização da equipe em relação a classificação de risco cardiovascular e ao HIPERDIA.

A iniciativa isolada da implantação do projeto de intervenção proposto pela equipe da ESF São Sebastião pode ser uma desvantagem em relação a uma possível estratégia conjunta em outras ESF do município de Iapu. Tal iniciativa facilitaria a operacionalização das ações, a disponibilização dos recursos e, principalmente, a expansão para toda a área do município a premissa da atenção aos hipertensos como estratégia de prioridade na APS.

Mesmo com as dificuldades, a efetivação do plano de ação proposto tem diversas vantagens, como a possibilidade de diagnóstico adequado e precoce da HAS em diversos pacientes, a classificação de risco auxiliando a prevenção

e o tratamento precoce das complicações e a priorização às medidas de promoção à saúde.

Outra vantagem do presente projeto é priorizar as atividades coletivas, como os grupos de hipertensos e as palestras informativas, com objetivo de aumentar a adesão da equipe às ações preventivas destinadas à população em geral, evitando o predomínio de atividades individuais de cunho prioritariamente curativo. Acredita-se que, aumentando a adesão da população às mudanças de estilo de vida, ao uso correto das medicações e estimulando a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e de bem estar, o projeto contribuirá de forma significativa para melhoria das condições de saúde e de vida da população adscrita.

## REFERÊNCIAS

AMER, N. M.; MARCON, S. S.; SANTANA, R. G. Índice de massa corporal e hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro-Oeste do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, vol. 96, no. 1, Jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica 15. **Hipertensão Arterial Sistêmica.** 1 ed. Brasília; 2006, 58p.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Populacional 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 18 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica.** IAPU (MG): Ministério da Saúde; 2014. Acesso em 19 mai. 14.

BRASIL. DATASUS. **Tecnologia da Informação a Serviço do SUS.** Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br>>. Acesso em 18 mai. 14.

CAMPOS, F. C. C; FARIA, H. P; SANTOS, M. A. **Síntese do diagnóstico situacional da equipe verde da comunidade de Vila Formosa, Município de Curupira.** In: CAMPOS, F. C. C; FARIA, H. P; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>>. Acesso em 20 jul 2014.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>>. Acesso em 20 jul 2014.

COSTA , J. S. D. et al. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, vol. 24, n. 7, Jul. 2008.

FERREIRA, S. R. G. et al. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, vol. 43, suppl. 2, Nov. 2009.

HOEPFNER, C.; FRANCO, S. C. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária à saúde. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, vol. 95, n. 2, Ago. 2010.

**IAPU. Prefeitura Municipal.** Disponível em <<http://www.iapu.mg.gov.br/index.php>>. Acesso em 18 mai. 2014.

**IDEB. Índice de Desenvolvimento da Educação Básica.** Disponível em: <<http://www.portalideb.com.br/cidade/1439-iapu/ideb>>. Acesso em 18 mai. 14.

**IFDM. Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM).** Disponível em: <<http://www.firjan.org.br/ifdm/consulta-ao-indice/consulta-ao-indice-grafico.htm?UF=MG&IdCidade=312930&Indicador=1&Ano=2010>>. Acesso em 18 mai. 14.

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

LIMA, L. M. et al. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, vol. 32, n. 2, Jun. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200016>> Acesso em Ago. 2014.

LIMA, S. M. L. et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, vol. 25, n. 9, Set. 2009.

LONGO, G. Z. et al. Prevalência de níveis pressóricos elevados e fatores associados em adultos de Lages/SC. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, vol. 93, n. 4, Out. 2009.

MEIRELES, A. L. *et al.* **Atenção à saúde do adulto - Conteúdo técnico da linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica (no prelo)**, Secretaria de Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 3 ed., 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde . **Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes.** Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198p

MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. Doença isquêmica do coração e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, SP. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, vol. 46, n. 4, Ago. 2012.

MOREIRA, N. F. et al. Obesidade: principal fator de risco para hipertensão arterial sistêmica em adolescentes brasileiros participantes de um estudo de coorte. **Arq Bras Endocrinol Metab.** São Paulo, vol. 57, n. 7, Out. 2013.

MURARO, A. P. et al. Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica autorreferida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, vol.18, n.5, Mai. 2013.

NOBRE, F. *et al.* **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Revista Brasileira de Hipertensão, Rio de Janeiro, vol.17, n.1, jan/mar. 2010. 57p.

PIERIN, A. M. G. et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, vol. 16, supl. 1, 2011.

RIBEIRO, A. G. et al. Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da Saúde da Família. **Physis**. Rio de Janeiro, vol. 21, n. 1, 2011.

ROESE, A. et al. Perfil de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus a partir de bases de dados nacionais em municípios de pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. APS**. 2011; Jan/Mar; 14(1); 75-84 (p.80).

ROSÁRIO, T. M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres – MT. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, vol. 93, n. 6, Dez. 2009.

TRAVAGIM, D. S. A. et al. Prevenção e progressão da doença renal crônica: atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, Abr/Jun. 2010; 18(2); 291-7 (p.292).

XAVIER, A. J. et al. Tempo de adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 13 n. 5, Set./Out. 2008.

ZILLMER, J. G. V. et al. Avaliação da completude das informações do Hiperdia em uma Unidade Básica do Sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**. Porto Alegre, vol. 31, n. 2, Jun. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S198314472010000200006>> Acesso em Set. 2014.