

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

NAILA BELEN LEYVA REGALON

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA REDUÇÃO DE INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES DO TERRITÓRIO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SAGRADA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS**

DIVINOPOLIS - MINAS GERAIS

2016

NAILA BELEN LEYVA REGALON

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA REDUÇÃO DE INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES DO TERRITÓRIO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SAGRADA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS**

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

Orientadora: Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

DIVINOPOLIS - MINAS GERAIS

2016

NAILA BELEN LEYVA REGALON

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA REDUÇÃO DE INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES DO TERRITÓRIO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SAGRADA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS**

Banca Examinadora

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Profa. Dra. Selme Silqueira de Matos - examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, 07 de setembro de 2016.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Jose Antonio Leyva Reyes e Luisa Belen Regalon Ballester, meu porto seguro, que não mediram esforços para me proporcionar uma boa educação e ser todo o que sou hoje.

A meu esposo Jorge Pinhero Sarmiento e nosso filho Jorge Jesus Pinhero Leyva que seguem amando-me cada dia mais ainda longo.

A meu irmão Jose Antonio Leyva Regalon por suas palavras de apoio quando quero desistir das lutas.

A todos meus irmãos cristãos que cada dia me apoiam em oração para vencer as provas da vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por estar sempre comigo cada dia mudando todo meu ser com amor e paciência para ser melhor pessoa e profissional.

À minha orientadora profa. Maria Dolôres Soares Madureira por ser paciente e preocupada para finalizar e fazer este trabalho realidade.

Às enfermeiras Juliana e Camila, companheiras de trabalho, pela ajuda fundamental.

À equipe de saúde e aos usuários da ESF Sagrada Família, pelo acolhimento e carinho no pouco tempo que levamos juntos.

Aos gestores de saúde de Divinópolis, pela confiança.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é definida como uma condição clínica derivada de vários fatores, sendo caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. O diagnóstico oportuno, seu tratamento adequado e a adesão do paciente à proposta terapêutica são fundamentais para evitar as complicações secundárias desta doença como insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal crônica, a doença arterial coronariana e a doença cerebrovascular. A atenção primária à saúde tem um papel fundamental na promoção, prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica por se constituir o melhor cenário para conseguir mudanças nos hábitos e estilos de vida das pessoas envolvidas nesta doença. O objetivo deste trabalho é elaborar um plano de intervenção com vistas a diminuir a incidência de hipertensão arterial sistêmica na população adscrita da Estratégia Saúde da Família Sagrada Família no município de Divinópolis em Minas Gerais. Para a realização deste trabalho foram seguidos os procedimentos: diagnóstico situacional de saúde da comunidade, revisão de literatura e elaboração do projeto de intervenção. A identificação dos problemas de saúde deu-se por meio de observações realizadas durante as consultas e visitas domiciliares. Para a revisão de literatura foram consultadas publicações sobre o tema no *Scientific Electronic Library Online* e na Biblioteca Virtual em Saúde. A elaboração do projeto de intervenção norteou-se pelos pressupostos do método de Planejamento Estratégico Situacional. Espera-se que o plano de intervenção proposto possa direcionar a equipe de saúde no atendimento à população visando melhorar o conhecimento desses pacientes em relação aos riscos e complicações da hipertensão na população dessa comunidade de saúde.

Palavras chave: Hipertensão. Atenção primária à saúde. Educação em saúde.

ABSTRACT

Hypertension is defined as a clinical condition derived from several factors, characterized by high and sustained levels of blood pressure. The timely diagnosis, proper treatment and patient adherence to therapy proposal are essential to prevent secondary complications of this disease such as congestive heart failure, chronic renal failure, coronary artery disease and cerebrovascular disease. The primary health care plays a key role in the promotion, prevention and treatment of hypertension as it presents the best scenario to achieve changes in the habits and lifestyles of the people involved in this disease. The objective of this work is to develop an action plan in order to reduce the incidence of hypertension in the registered population of the Holy Family Family Health Strategy in the Divinópolis city in Minas Gerais. For this work were followed procedures: Situational diagnosis of community health, literature review and preparation of intervention project. The identification of health problems was given by observations made during consultations and home visits. For the literature review were consulted publications on the subject in the Scientific Electronic Library Online and Virtual Health Library. The preparation of the intervention project guided to the assumptions of the method of Situational Strategic Planning. It is expected that the proposed action plan to guide the health team in serving the population to improve the knowledge of these patients to the risks and complications of hypertension in the population of the health community.

Key words: Hypertension. Primary health care. Health education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DCV	Doenças Cardiovasculares
DIC	Doença Isquêmica do Coração
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PSF	Posto de Saúde da Família
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 O município de Divinópolis	10
1.2 Sistema Local de Saúde	12
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO DE LITERATURA	17
5.1 Hipertensão arterial sistêmica	17
5.2 Fatores de risco associados à hipertensão arterial sistêmica.....	18
5.3 Adesão ao tratamento.....	20
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	25
6.1 Definição dos problemas.....	25
6.2 Priorização de problemas.....	25
6.3 Descrição do problema selecionado	26
6.4 Explicação do problema	26
6.5 Seleção dos “nós críticos”	27
6.6 Desenho das operações	27
6.7 Identificação dos recursos críticos	29
6.8 Análise de viabilidade do plano	29
6.9 Elaboração do plano operativo	31
6.10 Avaliação e Monitoramento	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 O município de Divinópolis

O município de Divinópolis está localizado na região centro-oeste de Minas Gerais. Sua população em 2010 era de 213.000 habitantes e a estimada para 2015 é de 230.848 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016).

Divinópolis significa Cidade do Divino. A origem do município teve início há cerca de trezentos anos. Segundo o IBGE (2016, sp.):

Os primeiros colonizadores, fugindo da perseguição política, esconderam-se no sertão de Itapecerica, liderados por Manoel Fernandes de Miranda, apelidado Candidés, porque a região era habitada pelos índios desta etnia. Beneficiados, em 1710, por uma anistia real, imediatamente se organizaram para viver no local. A primeira capela, consagrada ao Divino Espírito Santo e São Francisco de Paula, foi erigida em 1767 e o arraial tomou grande impulso quando foi construída a linha férrea até a cidade de Oliveira. Cerca de um ano depois se realizou o ato de inauguração da estação ferroviária, que recebeu o nome de Henrique Galvão, um dos construtores da estrada.

Divinópolis foi elevada à condição de cidade em 1912. Em 1967, é inaugurado no município o Hospital São João de Deus. O período de 1976-1999 é caracterizado por melhoramento e construção de redes rodoviárias e estruturas administrativas. Em 1999 inaugura-se o Centro de Terapia Intensiva pediátrico do Hospital São João de Deus e em 2002 se inaugurou o Hospital do Câncer (DIVINÓPOLIS, 2016).

Em março do ano 2014, chegam a Divinópolis os primeiros médicos do Programa Mais Médicos, iniciativa do governo federal.

Aspectos geográficos

O município possui uma área de 708,115 km², que equivale a 0,12 % do estado de Minas Gerais. Limita-se ao norte com Nova Serrana e Perdigoão; ao sul com Claudio; a leste com São Gonçalo de Pará e Carmo do Cajurú; ao oeste com São Sebastião do Oeste e Santo Antonio do Monte. É banhado pelos rios Itapecerica e Pará. Sua área urbana é de 192 km² (IBGE, 2016).

Localizado nas terras altas do sudeste, o relevo apresenta formações típicas de planaltos dissecados, a maior parte dos solos é vermelha ou alaranjada. Clima mesotérmico com invernos secos e verões chuvosos, sendo dezembro a fevereiro os meses mais chuvosos e abril a setembro os mais secos.

Aspectos socioeconômicos

É uma cidade que se destaca no cenário econômico mineiro, devido ao setor de vestuário e siderúrgico/metalúrgico. Caracteriza-se também como cidade universitária, carinhosamente reconhecida como “Princesinha do Oeste”, “sinônimo de trabalho, cultura, educação, progresso e oportunidades”; acontecem grandes festas e eventos diversos durante todo o ano (DIVINÓPOLIS, 2016, sp.)

As principais atividades econômicas do município estão relacionadas com: produção agrícola, indústria têxtil, siderurgia e pecuária.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 era de 0,764 e o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, em 2013, correspondente a 21.819,86 reais (IBGE, 2016).

Aspectos demográficos

A densidade demográfica de Divinópolis corresponde a 300,82 hab/km² (IBGE, 2016). A tabela 1 mostra a distribuição da população do município por faixa etária e sexo.

Tabela 1 - Distribuição da população de Divinópolis por faixa etária e sexo no ano de 2010.

Faixa etária	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
0-4	6.312	6.158	12.470
5-9	6.992	6.798	13.790
10-14	8.523	7.991	16.514
15-19	8.790	8.630	17.420
20-24	9.692	9.407	19.099
25-39	26.445	27.318	53.763
40-59	26.537	29.302	55.839
60 e mais	10.597	13.584	24.181
Total	103.888	109.188	213.076

Fonte: IBGE. 2016

Segundo o IBGE (2016), a população total indicada na tabela acima está distribuída nas áreas urbana e rural com 205.573 e 7.503 habitantes respectivamente.

1.2 Estratégia Saúde da Família no Município

A Estratégia Saúde da Família foi implantada no município em 1996, a primeira equipe foi na zona rural. Equipe atípica com médico, enfermeira, técnica de enfermagem, assistente social, psicóloga, dentista e ACD, sem ACS. Em 1998 ampliou para mais três equipes, sendo uma de zona rural e duas de zona urbana na periferia do município, composta por equipe mínima (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, quatro ACS, dentista e ACD). Os profissionais médicos, enfermeiros e dentistas foram selecionados por concurso público, os demais foram contratados.

Este processo de implantação foi realizado em parceria com a comunidade através de reuniões com os conselhos de saúde distrital, local e municipal com o objetivo de explicar a nova forma de atendimento centrada na prevenção de doenças, promoção da saúde sem prejuízo da resolução dos problemas já existentes. Hoje temos 23 equipes de ESF, apenas quatro não têm equipe de saúde bucal.

A Prefeitura Municipal de Divinópolis juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e o Ministério Público elaboraram um projeto denominado Sistema Integrado Municipal de Saúde (SIM SAÚDE), que propõe o redesenho do sistema atual com foco na reorganização da Atenção Primária através do fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. A meta final para 2016 é a cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em 100%. Para tanto, foi elaborado um cronograma de conversão das Unidades tradicionais em Saúde da Família.

Inicialmente estava inserida, como médica, na área de abrangência da Unidade Básica Afonso Peña, sendo posteriormente transferida para a área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Sagrada Família.

Estratégia Saúde da Família Sagrada Família

A ESF Sagrada Família, pertencente à Região Sanitária Sudeste, surgiu neste processo de conversão de centros de saúde em ESF, desvinculando-se da estrutura física do Centro de Saúde Nações a partir de janeiro de 2015. Situa-se à Rua Bom

Jardim, n. 470, Bairro Vale do Sol, em Divinópolis e possui uma equipe composta por uma médica generalista do Programa Mais Médicos, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A equipe possui ainda uma enfermeira residente do Programa de Residência Profissional em Enfermagem na Atenção Básica / Saúde da Família da Universidade Federal de São João de Rei, campus Centro-Oeste. O horário de atendimento é de 07h00min às 17h00min h, de segunda a sexta feira.

A área física da unidade da ESF conta com uma boa estrutura para o desenvolvimento do trabalho de todos os profissionais.

A população atendida pela ESF Sagrada Família é formada por 900 famílias, com 2.913 pessoas cadastradas, conforme mostra a tabela 2.

Tabela 2 - População total segundo cadastramento por microárea na área de abrangência da ESF Sagrada Família, 2015.

Microáreas	**População por microárea	**População cadastrada	Famílias cadastradas
1	842	756	236
2	861	786	235
3	693	627	207
4	861	744	222
Total	3257	2913	900

*População cadastrada refere-se às pessoas que estão cadastradas na base de dados do Município segundo o Sistema de Informação Municipal (SIS). **População da microárea refere-se à população total, com pendências, por exemplo, falta de documentos, cartão SUS, cadastro incompletos ou a serem digitados.

A comunidade conta com uma escola pública, duas creches (uma pública e outra particular), uma igreja católica e cinco evangélicas. Conta também com os serviços de luz elétrica, água encanada, telefonia fixa e móvel.

Um dos principais problemas de saúde da população atendida é a alta incidência de hipertensão arterial sistêmica, portanto este projeto de intervenção tem por finalidade definir estratégias para melhorar essa situação.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica, devido à sua alta prevalência e altas taxas de morbimortalidade, tem provocado mundialmente alto índice de incapacidade nas pessoas, principalmente àquelas que não aderem adequadamente ao tratamento. Acredita-se que a abordagem à pessoa hipertensa na atenção básica, estimulando a adesão ao tratamento medicamento e não medicamento, incluindo mudanças de hábitos e estilo de vida, possa prevenir diversos problemas de saúde relacionados à HAS (SANTOS *et al.*, 2011).

Pelo exposto anteriormente, dirijo meu estudo de intervenção para mudar a situação da incidência da HAS na população adscrita da ESF Sagrada Família. Desde que iniciei meu trabalho nesta equipe, venho percebendo que a população tem muito pouca informação sobre a hipertensão arterial sistêmica, seus fatores de riscos e conseqüências. Tenho identificado que atualmente muitos jovens não se preocupam com sua saúde e não têm noção de que complicações podem ter futuramente se deixam de dar prioridade a uma nova conduta em sua vida.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção com vistas a diminuir a incidência de hipertensão arterial sistêmica na população adscrita da Estratégia Saúde da Família Sagrada Família no município de Divinópolis em Minas Gerais.

Objetivos específicos

Analisar os fatores de risco associados à hipertensão arterial sistêmica.

Identificar estratégias que favoreçam a adesão da pessoa hipertensa ao tratamento.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho foram seguidos os procedimentos: diagnóstico situacional de saúde da comunidade, revisão de literatura e elaboração do projeto de intervenção. A identificação dos problemas de saúde deu-se por meio de observações realizadas durante as consultas e visitas domiciliares.

Para a revisão de literatura foram consultadas publicações sobre o tema no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os descritores utilizados na busca das publicações foram:

Hipertensão arterial;

Adesão do paciente;

Atenção primária à saúde;

Educação em saúde.

A elaboração do projeto de intervenção norteou-se pelos pressupostos do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme estudado no módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica é definida como uma condição clínica derivada de vários fatores, sendo caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), considerando valores de PA $\geq 140 \times 90$ mmHg. Está associada, frequentemente, “às 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, p.1).

A HAS é um grave problema de saúde pública mundial, sendo que sua prevalência no Brasil é estimada acima de 30%. Estudos mostram que ela em adultos varia entre 22,3% e 44,9%, aumentando com a idade, chegando a mais de 50% em pessoas com 60 a 69 anos e 75% em pessoas acima de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Para Duncan, Schmidt e Giugliani (2006) *apud* Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.19), além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, a HAS constitui fator de risco para:

[...] doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos.

Embora a prevalência da hipertensão arterial sistêmica seja alta, o seu controle tem baixas taxas. “A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.1). Em 2001, aproximadamente 7,6 milhões de mortes na população mundial foram atribuídas à elevação da pressão arterial, sendo que 54% foram por acidente

vascular encefálico (AVE) e 47% por doença isquêmica do coração (DIC). Identificou-se também que a maioria dessas mortes ocorreu em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e que as mortes de pessoas com idade entre 45 e 69 anos eram mais da metade (WILLIAMS, 2010 *apud* BRASIL, 2013).

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as doenças cardiovasculares têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT *et al.*, 2011 *apud* BRASIL, 2013).

Magnabosco *et al.* (2015) destacam a importância de conhecer os principais fatores de risco associados à hipertensão arterial sistêmica e de identificar os grupos vulneráveis e os aspectos relacionados a não adesão da pessoa hipertensa ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso para que sejam planejadas estratégias de ações de saúde, prevenindo as complicações e evitando o comprometimento da saúde da população.

5.2 Fatores de risco associados à hipertensão arterial sistêmica

Os fatores de risco associados à hipertensão arterial sistêmica são divididos em dois grandes grupos: modificáveis e não modificáveis (LOTUFO, 2015).

Fatores de risco não modificáveis: são aqueles nos quais não podemos atuar diretamente, mas seu conhecimento ajuda a orientar melhor o paciente para que ele tenha uma maior consciência da doença e compreenda que esses fatores juntamente com os modificáveis podem levar a um agravamento das futuras complicações da hipertensão arterial sistêmica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Os principais fatores não modificáveis de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) são: idade, sexo, etnia e genética.

Idade: está demonstrado que a hipertensão arterial sistêmica tem uma relação direta com a idade; é mais frequente na medida em que a pessoa avança na idade. Sua prevalência em pessoas acima de 65 anos é superior a 60% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Porém o risco de hipertensão arterial está aumentando para as crianças e adolescentes possivelmente devido ao fato do aumento de obesidade nessa faixa etária e dieta pouco saudável com diminuição das atividades físicas e concentração em jogos modernos de computação, celulares e *tablet*.

Sexo: a hipertensão arterial é semelhante em ambos os sexos, apesar de ser mais prevalente em homens até os 50 anos, invertendo-se a partir dos 50 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Etnia: os estudos demonstram que a hipertensão arterial é mais frequente em pessoas de etnia de cor negra, sendo duas vezes mais prevalente que em pessoas de outras etnias.

Genética: História familiar positiva ocorre em aproximadamente 30% dos casos; e as mulheres são mais sensíveis do que os homens quanto ao risco hereditário. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) é evidente este fator na gênese da HAS, entretanto não são conhecidas as variantes genéticas utilizáveis para se avaliar o risco individual de se desenvolver HAS.

Fatores de risco modificáveis: são aqueles onde o paciente e os profissionais de saúde conseguem agir para diminuir e evitar as complicações secundárias da hipertensão e às vezes evitar sua aparição. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) considera como principais fatores modificáveis: excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, tabagismo e fatores socioeconômicos.

Excesso de peso e obesidade: O excesso de peso aumenta o risco de desenvolver hipertensão, associando-se com maior prevalência de HAS desde idades jovens.

Ingestão de sal: o excesso de sódio na alimentação contribui para a elevação da pressão arterial.

Ingestão de álcool: O consumo excessivo de bebida alcoólica por períodos prolongados de tempo eleva a pressão arterial, contribuindo também para o aumento da mortalidade cardiovascular em geral (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Sedentarismo: A inatividade ou pouca atividade física é causa direta também de hipertensão arterial. Sabe-se que a manutenção de atividades físicas exerce um papel importante na redução da incidência da HAS.

Tabagismo: Estudos têm demonstrado que o uso do tabaco aumenta a resistência do organismo às drogas anti-hipertensivas, bem como o risco de complicações cardiovasculares secundárias e a progressão da insuficiência renal (BRASIL, 2009; DUPREZ, 2012). Para Giorgi (2010, p.259), embora a relação entre tabagismo e hipertensão seja contravertida, “o aumento da pressão sistêmica ocasionado pelo tabagismo tem papel importante no resultante aumento da morbidade e mortalidade tanto cardiovascular como renal, observadas em indivíduos fumantes”.

Fatores socioeconômicos: A influência desses fatores socioeconômicos na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida, conforme afirma a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

Segundo Tacon *et al.* (2012), é necessário que os fatores de riscos, principalmente sedentarismo e obesidade, sejam controlados para que as DCV associadas à HAS possam ser evitadas. Além disso, é necessário que se estratégias sejam pensadas no sentido de obter a adesão da pessoa ao tratamento.

Nesse sentido, Andrade *et al.* (2015, p.303) enfatizam ser necessárias também “ações direcionadas aos determinantes sociais em saúde, capazes de minimizar o impacto da carga das doenças crônicas nos segmentos populacionais mais vulneráveis”.

5.3 Adesão ao tratamento

Lotufo (2015, p.85) afirma que “o controle da hipertensão arterial ainda é um desafio na prática médica e em saúde pública em todo o mundo”.

A detecção precoce da HAS, seu tratamento adequado e a adesão da pessoa à proposta terapêutica contribuem para que sejam evitadas complicações provocadas pela HAS, como doença arterial coronariana, doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal crônica. Souza e Yamaguchi (2015) entendem que adesão do paciente ao tratamento significa seguir com exatidão o tratamento proposto pelos profissionais de saúde. Para que essa adesão ocorra é importante que a pessoa com HAS compreenda a proposta terapêutica e siga as recomendações do profissional de saúde.

Os principais fatores da não adesão do paciente ao tratamento da HAS, segundo Nobre *et al.* (2013), estão relacionados ao paciente, ao tratamento e ao profissional de saúde, conforme mostra o quadro adaptado abaixo.

Quadro 1 - Principais fatores que concorrem para a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Paciente	<p>Concepções distorcidas sobre a doença e o tratamento. Compreende mal as instruções: não sabe como proceder. Não possui capacidade ou recursos necessários para seguir o tratamento. Considera-se incapaz de seguir o tratamento. Duvida da utilidade do tratamento. Acredita que os benefícios não valem os esforços. Demonstra impaciência com o ritmo dos resultados. Tem outras preocupações para priorizar.</p>
Tratamento	<p>Esquemas complexos Custo Efeitos indesejáveis Resultados em longo prazo. Exige demais do paciente. Qualidade de vida prejudicada.</p>
Instituição	<p>Política de saúde. Acesso ao serviço. Distância. Tempo de espera. Duração do atendimento.</p>
Profissional	<p>Distância, pouco cordialidade, desinteresse, inacessível, atitude impessoal e formal. Demonstração de estar sempre ocupado, com pressa e atende com várias interrupções. Usa linguagem técnica, não considera as dúvidas e preocupações do paciente. Não informa ou o faz de maneira imprecisa. Pergunta sobre coisas que o paciente não contaria sequer a amigos. Não oferece uma atenção contínua e personalizada, com retornos programados.</p>

Fonte: Nobre *et al.* (2013).

Entre as medidas que favorecem a redução dos níveis pressóricos, prevenindo as complicações da HAS estão: o controle do peso, a dieta equilibrada rica em fibras e pobre em lipídeos, a prática de atividades físicas, a redução do consumo de sal, do álcool, supressão do tabaco e redução de estresse (OLIVIERA *et al.*, 2013).

As intervenções não medicamentosas têm como finalidade a mudança dos hábitos e estilos de vida não saudáveis. Neste sentido, Castro e Fuchs (2008) consideram que geralmente uma estratégia isolada não é suficiente para o controle da hipertensão. No que se refere à adesão da pessoa ao tratamento, é necessário uma soma de estratégias entrelaçadas por diferentes membros da equipe de saúde, de modo que possam contribuir efetivamente para melhor controle de pressão arterial. Portanto, há um leque de alternativas disponíveis individuais ou coletivas, como: oficinas, grupos, visita domiciliar, consultas, palestras, entre outras.

O mais fundamental é que a definição por uma estratégia educativa possibilite às pessoas fazerem escolhas mais saudáveis de vida. Para isso, “é necessário que haja um processo de interação entre o conteúdo teórico e a experiência de vida de cada um e o estabelecimento da confiança e da vinculação do usuário ao serviço de saúde e ao profissional” (ALVES; AERTS, 2011, p.234).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.21) considera que os profissionais da atenção básica à saúde são primordialmente importantes no estabelecimento de estratégias para se prevenir, diagnosticar, monitorar e controlar da hipertensão arterial sistêmica. Os profissionais de saúde devem ter sempre em foco “o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão”.

Oliveira e Püschel (2010, p.232) enfatizam a importância de intervenções educativas que empoderem as pessoas hipertensas para que possam assumir uma atitude ativa diante da doença, “a partir do conhecimento e controle dos fatores de riscos presentes no seu estilo de vida, como forma de prevenção secundária”.

Conhecendo melhor as pessoas de sua área de abrangência, o contexto onde estão inseridas, suas potencialidades e adversidades é que a equipe de saúde poderá

estabelecer uma relação dialógica equipe-paciente, buscando o empoderamento dessa população (TADDEO *et al.*, 2012).

Ao se definir ações educativas para melhorar a adesão da pessoa hipertensa ao tratamento, é necessário pensá-las a partir de uma “visão crítica da realidade dos usuários, distanciando-se do simples repasse de informações e conteúdos, com falas alienadas acerca de assuntos ou discursos”, pois “a educação em saúde perpassa o conhecimento científico abrangendo vivências, experiências, buscando redirecionar os comportamentos dos indivíduos, respeitando seus saberes, seus valores e conhecimentos adquiridos durante a vida” (FIGUEIREDO *et al.*, 2015, p.1410).

Para Taddeo *et al.* (2012), quando a pessoa recebe esclarecimentos, familiarizando-se com a sua condição de ter uma doença crônica, envolvendo-se no seu tratamento, a tendência é que ela se sinta mais segura e tenha mais esperança em relação à evolução e tratamento de sua doença.

Portanto, a equipe de saúde, ao trabalhar com pessoas que apresentam HAS, deve considerar que “o cuidado é uma via de mão dupla, em que o ensinar e o aprender são construídos em bases de reciprocidade, entre pessoas e saberes” (TADDEO *et al.*, 2012, p.2928).

A qualidade da relação da equipe de saúde com o paciente interfere diretamente no sucesso do tratamento e adesão do tratamento, pois ele precisa se adaptar à sua nova condição de pessoa com doença crônica não transmissível, bem como à introdução de novos hábitos e estilos de vida precisando de apoio e reforço emocional. É comum que pacientes apresentem negação da doença; o profissional tem que evitar esta situação desfavorável para a boa adesão do tratamento desta doença, por isto a receptividade é outro fator importante.

O grupo é instrumento importante no processo educativo em saúde. A autora deste trabalho tem observado em sua prática que o trabalho em grupo favorece a adesão ao tratamento. O grupo formado por pessoas hipertensas e seus familiares é um espaço onde eles compartilham suas dúvidas e conhecimentos o que os motiva a melhorar seus estilos de vida, hábitos alimentares e abandonar o tabagismo, álcool,

incorporando lazer, atividades físicas como as caminhadas para sair do sedentarismo. A reflexão e intercâmbio de ideias provocam excelentes resultados na redução da presença de complicações futuras por hipertensão arterial sistêmica nestes grupos.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição dos problemas

Ao identificar os problemas de saúde foram analisados os seguintes fatores: magnitude do problema, potencial do problema, extensão dos danos, possibilidade de intervenção (vulnerabilidade), impacto social e impacto econômico. Os principais problemas identificados na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Sagrada Família foram:

- Alta prevalência e incidência de hipertensão arterial sistêmica.
- Alta prevalência e incidência de diabetes mellitus.
- Prática da polifarmacoterapia.
- Aumentos do consumo de psicofármacos.
- Consumo de álcool e outras drogas.
- Tabagismo
- Depressão, ansiedade e risco de suicídio.

6.2 Priorização de problemas

Estabelecemos uma ordem de prioridades para a resolução dos problemas de saúde da população, considerando os critérios de importância, urgência e capacidade da equipe para enfrenta-los de acordo com Campos, Faria e Santos (2010).

Quadro 2 – Classificação de prioridades para os problemas identificados na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Sagrada Família.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência e incidência de hipertensão arterial sistêmica	Alta	7	Parcial	1
Alta prevalência e incidência de diabetes mellitus	Alta	6	Parcial	2
Prática da polifarmacoterapia	Alta	6	Parcial	3
Aumento do consumo de psicofármacos	Alta	5	Parcial	4
Consumo de álcool e outras drogas	Alta	5	Parcial	4
Tabagismo	Alta	5	Parcial	4
Depressão, ansiedade e risco de suicídio.	Alta	5	Parcial	5

Considerando os critérios acima, foi priorizado o problema: alta incidência de hipertensão arterial para o qual foi elaborado este projeto de intervenção.

6.3 Descrição do problema selecionado

Na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Sagrada Família estão cadastradas 2437 pessoas maiores de 15 anos e temos um total de 479 hipertensos. Entretanto, a incidência de pessoas com HAS vem aumentando à medida que são diagnosticados novos casos de hipertensão, diariamente nas consultas médicas, inclusive em jovens; observamos também a presença dos fatores de risco, pelo que consideramos que a hipertensão é um problema de saúde determinante nessa população.

6.4 Explicação do problema

A hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Sagrada Família está diretamente relacionada aos outros problemas identificados nela. Esta população pode ser dividida em dois grandes grupos de acordo com seu nível socioeconômico: o primeiro grupo, com muito baixo nível socioeconômico caracterizado pelo desemprego, dedica seu tempo livre ao consumo de álcool e outras drogas e tabagismo, associados à depressão e ansiedade. Muitas destas pessoas recorrem a essas situações como um sistema de defesa psicológica e de escape da realidade, onde às vezes, terminam em prostituição e violência doméstica. Muitas delas recorrem à unidade de saúde para melhorar este quadro de ansiedade e depressão onde começam com uso de psicofármacos.

Toda esta situação contribui para que esse grupo adote maus hábitos dietéticos e apresente estresse psicológico o que desencadeia o segundo maior problema da área que é a diabetes mellitus e a prática de polifarmacoterapia (LESSMANN; SILVA; NASSAR, 2011). O segundo grupo da área tem melhor renda familiar e a presença da hipertensão arterial sistêmica neles é provocada, maiormente por maus hábitos dietéticos e de estilo de vida por excesso de trabalho onde não cuidam de sua saúde corretamente. Quase sempre temos obesidade e sedentarismo neste grupo com muito estresse e insônia o que constituem as principais queixas nas

consultas. Muitos apresentam diabetes mellitus, usam psicofármacos e polifarmacoterapia e são tabagistas.

De forma geral os pacientes têm idade acima de 45 anos. Porém ultimamente existe uma tendência grande nas consultas de um alto número de jovens que estão apresentando cifras altas de pressão arterial. Entre esses últimos, as possíveis causas são: uso de drogas (esteroides) para fazer musculação, estresse por desemprego, ou ao contrário, por ter muito estresse no trabalho, muitos deles com dois trabalhos ao dia e poucas horas de sono. A população da área de abrangência de Sagrada Família maioritariamente é jovem, mas ela também entra na generalidade mundial onde a frequência de hipertensão arterial sistêmica é maior na população idosa.

6.5 Seleção dos “nós críticos”

Em relação ao problema “alta prevalência e incidência de hipertensão arterial sistêmica” na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Sagrada Família, em Divinópolis, foram identificados os seguintes nós críticos:

- Maus hábitos e estilos de vida: sedentarismo, álcool e outras drogas, estresse em consequência do desemprego, gerando violência doméstica e prostituição.
- Baixo nível de escolaridade: não compreensão da receita médica, desconhecimento ou má informação sobre os fatores de risco.
- Falta de cumprimento das orientações da equipe de saúde para modificar os maus hábitos dietéticos e de estilo de vida quando são identificados a tempo por visitas domiciliares ou na consulta médica.

6.6 Desenho das operações

As operações para enfrentamento dos “nós críticos” relacionados à alta prevalência e incidência de hipertensão arterial sistêmica estão desenhadas no quadro 3.

Quadro 3 - Desenho de operações para os “nos” críticos do problema alta prevalência e incidência de hipertensão arterial sistêmica

Nos críticos	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Maus hábitos e estilos de vida: sedentarismo, álcool e outras drogas, estresse em consequência do desemprego, gerando violência doméstica e prostituição.	Mais saúde. Modificar hábitos e estilos de vida. Estimular a convivência familiar e o valor do ser humano.	Diminuir em 40 % o número de hipertensos com a modificação de hábitos e estilos de vida, diminuindo o estresse laboral e social. Diminuir a violência e prostituição na comunidade.	Campanha educativa na televisão e rádio local. Grupos de hipertensos, tabagistas e usuários de álcool e outras drogas. Projetos de exercícios físicos (caminhadas, psicoterapia) para diminuir a obesidade e inatividade social. Programa de elevação da autoestima e convivência familiar e social.	Organizacional: organizar grupos para exercícios físicos e tabagistas e outras drogas. Cognitivo: informar sobre os projetos nos meios de comunicação social (rádio, televisão,) e outros meios visuais como cartazes e murais. Político: conseguir espaço na rádio e televisão local. Articulação para elaboração de projetos de geração de emprego e renda. Financeiro: para aquisição de instrumentos audiovisuais como folhetos educativos, recursos audiovisuais.
Baixo nível de escolaridade: não compreensão da receita médica, desconhecimento ou má informação sobre os fatores de risco.	Saber mais Utilizar abordagens educativas que possibilitem a compreensão das pessoas em relação à saúde. Estimular o acesso à educação gratuita e pública da população.	Melhorar a compreensão das pessoas sobre a HAS, seus riscos, prevenção e tratamentos incluindo os, medicamentos prescritos por meio de ações educativas.	Projetos de educação ao adulto, idoso e crianças e adolescente que não estão alfabetizados. Capacitação dos agentes comunitários de saúde e cuidadores para explicar os tratamentos e condutas médicas e dicas, melhorando a compreensão por meio de sua educação com estes programas educacionais.	Organizativos: criar aulas e locais para educação dos pacientes identificados com baixo nível escolaridade. Políticos: articulação intersectorial. Parceria com o setor de educação para aquisição de informativos disponíveis (internet, livros, jornal, e outros). Financiamento: financiamento dos projetos.
Falta de cumprimento das orientações da equipe de saúde para modificar os maus hábitos dietéticos e de estilo de vida quando são identificados a tempo por visitas domiciliares ou na consulta médica.	Cuidar melhor Aumentar a conscientização da população do risco de hipertensão arterial sistêmica.	Aumentar adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica.	Criar grupos com as pessoas hipertensas, tabagistas, obesas e outras para melhorar adesão ao tratamento da HAS com ajuda dos agentes comunitários de saúde. Acrescentar os meios de comunicação audiovisuais como folhetos para eles e trato diferenciado com maior número de consultas e visita domiciliar até conseguir uma adequada resposta ao tratamento médico.	Organizativo: organizar os grupos e procurar os lugares de encontro. Políticos: conseguir espaço na rádio ou televisão para conscientizar a população. Financeiro: financiamento do projeto.

6.7 Identificação dos recursos críticos

Os recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema da alta prevalência e incidência de hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Sagrada Família estão apresentados no quadro 4.

Quadro 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema da alta prevalência e incidência de hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Sagrada Família no município Divinópolis, Minas Gerais, 2016.

Operação	Recursos Necessários
<p>Mais saúde. Modificar hábitos e estilos de vida. Estimular a convivência familiar e o valor do ser humano.</p>	<p>Financeiros: aquisição de folhetos educativos e de recursos audiovisuais. Políticos: articulação para conseguir espaço na televisão, jornal e rádio local.</p>
<p>Saber mais Utilizar abordagens educativas que possibilitem a compreensão das pessoas em relação à saúde. Estimular o acesso à educação gratuita e pública da população.</p>	<p>Econômico: aquisição de folhetos educativos e de recursos audiovisuais. Político: sugerir projetos e mudanças para diminuir ou erradicar o desemprego na população. Mobilização social.</p>
<p>Cuidar melhor Aumentar a conscientização da população do risco de hipertensão arterial sistêmica.</p>	<p>Organizativo: organizar os grupos e procurar os lugares de encontro. Políticos: articulação intersetorial para conseguir espaço na rádio ou televisão para conscientizar a população.</p>

6.8 Análise de viabilidade do plano

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), a análise da viabilidade de um plano envolve três variáveis importantes: os atores que controlam os recursos críticos, quais são esses recursos e a motivação dos atores envolvidos neste plano. O quadro 5 mostra as propostas para motivação dos atores envolvidos.

Quadro 5 - Propostas de ações para motivação dos atores

Operações/Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Mais saúde Modificar hábitos e estilos de vida. Estimular a convivência familiar e o valor do ser humano	Organizacional: organizar grupos para exercícios físicos e tabagistas e outras drogas. Cognitivo: informar sobre os projetos nos meios de comunicação social (rádio, televisão,) e outros meios visuais como cartazes e murais. Político: conseguir espaço na rádio e televisão local. Articulação para elaboração de projetos de geração de emprego e renda. Financeiro: para aquisição de instrumentos audiovisuais como folhetos educativos, recursos audiovisuais.	Equipe de Saúde	Favorável	Não é necessária
		Secretário de Saúde	Favorável	Não é necessária
		Prefeito Municipal	Indiferente	Apresentar o projeto. Apoio das associações
		Prefeito Municipal	Indiferente	Apresentar o projeto. Apoio das associações
Saber mais Utilizar abordagens educativas que possibilitem a compreensão das pessoas em relação à saúde. Estimular o acesso à educação gratuita e pública da população.	Organizativos: criar aulas e locais para educação dos pacientes identificados com baixo nível escolaridade. Políticos: articulação intersectorial. Parceria com o setor de educação para aquisição de informativos disponíveis (internet, livros, jornal, e outros). Financiamento: financiamento dos projetos.	Secretário de Saúde	Favorável	Não é necessária
		Prefeito Municipal	Indiferente	Apresentar o projeto. Apoio das associações
		Prefeito Municipal	Indiferente	Apresentar o projeto. Apoio das associações
Cuidar melhor Aumentar a conscientização da população do risco de hipertensão arterial sistêmica.	Organizativo: organizar os grupos e procurar os lugares de encontro. Políticos: conseguir espaço na rádio ou televisão para conscientizar a população. Financeiro: financiamento do projeto.	Equipe de Saúde	Favorável	Não é necessária
		Secretário de Saúde	Indiferente	Apresentar o projeto. Apoio das associações
		Prefeito Municipal	Indiferente	Apresentar o projeto. Apoio das associações

6.9 Elaboração do plano operativo

Quadro 6 - Plano operativo para enfrentamento críticos do problema alta prevalência e incidência de hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Sagrada Família, Divinópolis, Minas Gerai, 2016.

Operações	Resultados	Produtos	Ação estratégica	Responsável	Prazo
<p>Mais saúde</p> <p>Modificar hábitos e estilos de vida. Estimular a convivência familiar e o valor do ser humano.</p>	<p>Diminuir em 40 % o número de hipertensos com a modificação de hábitos e estilos de vida, diminuindo o estresse laboral e social. Diminuir a violência e prostituição na comunidade.</p>	<p>Campanha educativa na televisão e rádio local. Grupos de hipertensos, tabagistas e usuários de álcool e outras drogas. Projetos de exercícios físicos (caminhadas, psicoterapia) para diminuir a obesidade e inatividade social.</p> <p>Programa de elevação da autoestima e convivência familiar e social.</p>	<p>Apresentar projeto</p>	<p>Equipe de saúde</p>	<p>3 meses para apresentação de projeto</p> <p>6 meses para início das atividades</p>
<p>Saber mais</p> <p>Utilizar abordagens educativas que possibilitem a compreensão das pessoas em relação à saúde.</p> <p>Estimular o acesso à educação gratuita e pública da população.</p>	<p>Melhorar a compreensão das pessoas sobre a HAS, seus riscos, prevenção e tratamentos incluindo os medicamentos prescritos por meio de ações educativas.</p>	<p>Projetos de educação ao adulto, idoso e crianças e adolescente que não estão alfabetizados.</p> <p>Capacitação dos agentes comunitários de saúde e cuidadores para explicar os tratamentos e condutas médicas e dicas, melhorando a compreensão por meio de sua educação com estes programas educacionais.</p>	<p>Apresentar projeto</p> <p>Apoio das associações</p>	<p>Equipe de saúde</p>	<p>3 meses para apresentação de projeto</p> <p>6 meses para aprovação do projeto.</p>
<p>Cuidar melhor</p> <p>Aumentar a conscientização da população do risco de hipertensão arterial sistêmica.</p>	<p>Aumentar adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica.</p>	<p>Criar grupos com as pessoas hipertensas, tabagistas, obesas e outras para melhorar adesão ao tratamento da HAS com ajuda dos agentes comunitários de saúde. Acrescentar os meios de comunicação audiovisuais como folhetos para eles e trato diferenciado com maior número de consultas e visita domiciliar até conseguir uma adequada resposta ao tratamento médico.</p>	<p>Apresentar projeto</p>	<p>Equipe de saúde</p>	<p>3 meses para apresentação de projeto</p> <p>5 meses para aprovação do projeto.</p>

6.10 Avaliação e Monitoramento

A equipe na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Sagrada Família no município Divinópolis, Minas Gerais, elaborará várias estratégias para o monitoramento adequado dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica. Primeiro será utilizada uma planilha para monitorar os pacientes e isto ocorrerá por meio de duas fichas: ficha 1 por meio do cadastro das famílias e a ficha 2 levantamento de hipertensos do área. Estas fichas serão adquiridas por meio do controle das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde e registros dos prontuários das consultas médicas, assim como o registro antigo e atualizado do programa hiperdia. A cada mês, serão tabulados os dados e definidos os valores em percentuais os quais serão lançados em uma planilha de monitoramento semestral e anual.

A tabulação dos dados será responsabilidade da enfermeira e auxiliar de enfermagem com apoio dos agentes comunitários de saúde, uma vez que os médicos da área frequentemente mudam de equipe para capacitação profissional em outras especialidades e atualmente faz três anos que o “Programa Mais Médicos” trabalha na área o que não permite a permanência deles por mais tempo, pois são estrangeiros e seus contratos são limitados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial sistêmica constitui um dos principais problemas de saúde no Brasil e a adesão do paciente ao tratamento tem sido um desafio para os profissionais de saúde. A maior preocupação das equipes de saúde é o aumento da incidência da HAS na população jovem, tendo como uma das causas o estresse cotidiano que envolve o desenvolvimento social o que provoca maior sedentarismo já que alguns meios de comunicação modernos como *internet*, televisão, computador, celular, *tablets* afastam o jovem da prática de atividades físicas. Além disso, o aumento do consumo das drogas, o tabagismo, o sedentarismo, os hábitos alimentares inadequados, a correria do dia a dia contribuem para o aparecimento da hipertensão. Muitos preferem a comida pronta e pouco saudável de restaurantes que não cuidam dos limites de gorduras ou sal; às vezes as refeições são substituídas por lanches. Também são alterados os horários da alimentação e a ingestão de água.

Este projeto de intervenção é uma proposta para os profissionais de saúde para se conseguir uma boa adesão do paciente ao tratamento da hipertensão. Deve-se primeiramente fazer uma avaliação exata dos fatores de risco que o paciente está apresentando para então propor o tratamento, incluindo mudanças de hábitos ou a prescrição de medicamentos, caso necessário. Atualmente está comprovado que mudando muitos dos fatores de risco modificáveis como, dieta, sedentarismo, obesidade, estresse, ingestão de bebidas alcoólicas e outras drogas, os valores da pressão arterial podem ser reduzidos significativamente.

Constitui uma meta para nossa equipe de saúde lograr uma diminuição da incidência de hipertensão arterial sistêmica da população na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Sagrada Família no município de Divinópolis, mudando os fatores de risco e implantando as ações propostas neste trabalho.

Espera-se que o plano de intervenção proposto possa direcionar a equipe de saúde no atendimento à população visando melhorar o conhecimento desses pacientes em relação aos riscos e complicações da hipertensão na população dessa comunidade de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. G.; AERTS, D.. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.1, p.319-325, 2011.

ANDRADE, S. S. A. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.24, n.2, p.297-304, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde**. Organização de Sandra Rejane Soares Ferreira *et al.*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009. 54 p..

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P. de.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p.

CASTRO, M. S.; FUCHS, F. D.. Abordagens para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. **Rev Bras Hipertens**, v.15, n.1, p.25-27, 2008.

DIVINÓPOLIS. Prefeitura municipal. **História de Divinópolis**. 2016. Disponível em: <<http://www.divinopolis.mg.gov.br/portal/paginas/historia.php#>> Acesso em: 9 jan. 2016.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DUPREZ, D.. Treatment of isolated systolic hypertension in the elderly. **Expert Rev Cardiovasc Ther.**, v.10, n.11, p.1367-73, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23244357>>. Acesso em: 08 jun. 2016.

FIGUEIREDO, A. S. *et al.* A educação em saúde com portadores da hipertensão arterial: concepções de profissionais da atenção básica. **Rev enferm UFPE**, v.9, supl.10, p.1405-10, 2015.

GIORGI, D. M. A.. Tabagismo, hipertensão arterial e doença renal. **Revista Hipertensão**, v.13, n.4, p.256-260, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Minas Gerais**. 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312230&search=minas-gerais|divinopolis>> Acesso em: 04 mai. 2016.

LOTUFO, P. A.. Melhorando o controle da hipertensão arterial. Dados iniciais do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). **Diagn. Tratamento**, v.20, n.3, p.85-87, 2015.

MAGNABOSCO, P. *et al.*. Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.1, p.20-27, 2015.

NOBRE, F.; COELHO, E. B.; LOPES, P. C.; GELEILETE, T. J. M.. Hipertensão arterial sistêmica primária. **Medicina**, v.46, n.3, p.256-72, 2013.

OLIVEIRA, L. B.; PÜSCHEL, V. A. A.. Estilo de vida e conhecimento sobre a doença em indivíduos pós-infarto: enfoque na hipertensão arterial. **Revista Hipertensão**, v.13, n.4, p.230-233, 2010.

OLIVEIRA, T. L.; MIRANDA, L. P.; FERNANDES, P. S.; CALDEIRA, A. P.. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta paul. enferm.**, v.26, n.2, p.179-184, 2013.

SANTOS, E. M.; POHL, L. T.; BARRIONUEVO, V.; VENDRUSCOLO, C.; FERRAZ, L.. Promoção da saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus: relato de uma prática assistencial de enfermagem. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p.84-94, 2011.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A. *et al.*. Doenças Crônicas Não-Transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet.**, v.377, n.9781, p.1949-62, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1, suppl.1, p.51, 2010.

SOUZA, A. O. de; YAMAGUCHI, M. U.. Adesão e não adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo. **Saúde e Pesquisa**, v. 8, n. (especial), p. 113-122, 2015.

TACON, K. C. B.; PEREIRA, S. A.; SANTOS, H. C. O.; CASTRO, E. C.; AMARAL, W. N.. Perfil epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica em pacientes atendidos em uma instituição de ensino superior. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, v.10, n.3, p.189-199, 2012.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v.55, n.1, p.65-73, 2009.