

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

**OLGA LIDIA MENENDEZ RODRIGUEZ**

**ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA CONTROLAR  
A HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
ESTAÇÃO.**

**JUIZ DE FORA – MINA GERAIS**

**2016**

**OLGA LIDIA MENENDEZ RODRIGUEZ**

**ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA CONTROLAR  
A HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
ESTAÇÃO.**

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: Professora Rebeca Dos Santos Duarte Rosa

**Juiz de Fora/ Minas Gerais**

**2016**

**OLGA LIDIA MENENDEZ RODRIGUEZ**

**ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA CONTROLAR  
A HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
ESTAÇÃO.**

**Banca examinadora**

**Examinador 1: Professora Rebeca Dos Santos Duarte Rosa – EEUFMG**

**Examinador 2: Professora - UFMG**

**Aprovado em Belo Horizonte, em**

**de**

**2016**

*“Acreditar na medicina seria a suprema loucura  
se não acreditar nela não fosse uma maior ainda,  
pois desse acumular de erros, com o tempo,  
resultaram algumas verdades.”*

*Le Côté des Guermantes*

## **DEDICATÓRIA**

A minha família e filho que são minha razão de viver e a todos que de forma direta ou indireta fizeram parte deste trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por ter me ajudado a escolher essa profissão, para ajudar o próximo com amor e humanidade, e por nunca ter me abandonado nos momentos mais difíceis.

Aos pacientes que sempre me impulsionaram a melhorar meu trabalho.

A toda a equipe de saúde, por ter se empenhado e ajudado a realizar este projeto.

A minha orientadora pela paciência, auxílio e contribuição neste trabalho durante todas as fases atravessadas nesta formação.

A todos os colegas, pela convivência e troca de experiências compartilhadas.

Enfim, a todos que, de alguma forma, contribuíram pela realização deste estudo, para o meu aprendizado e crescimento profissional.

## RESUMO

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença cardiovascular, crônica, não transmissível. Ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica, constituindo um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas. O controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico, seja ele medicamentoso ou não. Este trabalho tem como objetivo estabelecer ações de promoção à saúde e prevenção de agravos para a redução da morbimortalidade em um grupo de risco pertencente à Unidade Básica de Saúde (UBS) Estação do município de Carandaí Minas Gerais. A metodologia utilizada foi a elaboração de um projeto de intervenção a partir de um PES ancorado numa revisão bibliográfica utilizando-se de artigos publicados nas bases de dados SciELO e Biblioteca Virtual da Saúde(BVS) além de documentos municipais. Como critério de inclusão para seleção dos artigos foram usados textos publicados em português a partir de 2003 com os seguintes descritores hipertensão arterial, risco cardiovascular aumentado, fatores de risco para hipertensão e tratamento da hipertensão, educação em saúde. A prática da educação em saúde pela Equipe Saúde da Família vem aumentando o nível de conhecimento dos portadores de HAS sobre sua patologia e os agravos que os acometem. Portanto, neste estudo foram realizadas entrevistas individuais, semanais, com os pacientes portadores de HAS, assim como foram agendados encontros em grupo, de 15 em 15 dias, com no máximo 20 pacientes por encontro buscando promover esta prática educativa. Ainda foram realizadas reuniões com a Equipe de Saúde da Família, para reavaliação das ações e aperfeiçoamento das práticas realizadas no atendimento aos portadores de HAS da comunidade em questão.

Palavras chave: Hipertensão arterial sistêmica, fatores de risco, educação em saúde

## **ABSTRACT**

Systemic arterial hypertension (SAH) is a cardiovascular disease, chronic, non-transferable. Occupies a prominent place in the context of epidemiological transition, constituting one of the main risk factors for the onset of heart disease. The control of hypertension is directly related to the degree of patient adherence to treatment regimen, whether medicated or not. This work aims to establish promotion activities to health and disease prevention to reduce morbidity and mortality in a risk group belonging to the Basic Health Unit (BHU) Carandaí municipality station Minas Gerais. The methodology used was the development of an intervention project from a PES anchored in a literature review using articles published in databases and SciELO Virtual Health Library (VHL) as well as municipal documents. Inclusion criteria for selecting the items were used texts published in Portuguese from 2003 with the following descriptors hypertension, increased cardiovascular risk, risk factors for hypertension and treatment of hypertension, health education. The practice of health education by the Family Health Team is increasing the level of knowledge of SAH about their disease and diseases that affect. Therefore, in this study we were conducted individual, weekly interviews with the patients with SAH, as were scheduled group meetings, from 15 to 15 days with a maximum of 20 patients per meeting seeking to promote this practice education. Although meetings were held with the Family Health Team to re-evaluation of actions and improvement of the practices carried out in service to the community SAH in question.

Key words: systemic arterial hypertension, risk factors, health education.



## LISTAS DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da população do Município de Carandai, Minas Gerais, por faixa etária, no ano de 2015.....	15
Tabela 2. Numero de população na área do Programa Saúde da Família PSF Estação, em Carandaí, Minas Gerais no ano de 2015.....	28
Tabela 3. Priorização dos problemas na área do PSF de Estação, em Carandaí, Minas Gerais no ano de 2015. PSF.....	29
Tabela 4. Descrição do problema.....	31

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1-Nós críticos.....	33
Quadro 2- Recursos críticos.....	37
Quadro 3-Viabilidade do plano.....	39
Quadro 4- Elaboração do plano Operativo.....	41

## SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	12
2-JUITIFIVATIVA.....	17
3-OBJETIVOS.....	18
4-METDOLOGIA.....	19
5-REFERENCIAL TEORICO.....	21
6-PLANO DE INTERVENÇÃO.....	28
7-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS.....	46
ANEXOS.....	49

## 1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (pressão alta) é uma doença comum em todo o mundo e acomete jovens, adultos e idosos, pessoas de ambos os sexos, de todas as raças e de qualquer padrão social. A hipertensão pode ocorrer em cerca de 10% da população brasileira, ou seja, 15 milhões de indivíduos. Entender a fisiologia da pressão arterial e como desenvolver hábitos saudáveis nas pessoas torna-se fundamental para preservar a qualidade de vida, uma vez que esta doença pode não manifestar sinais nem sintomas, sendo referida como “assassino silencioso”. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é, ao mesmo tempo, fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) e é considerada uma síndrome com manifestações próprias e características peculiares. As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI (DBH VI) conceituam HAS como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Esta é associada frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos), e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais". Ainda de acordo com essas mesmas diretrizes são considerados portadores de HAS indivíduos com PA igual ou superior a 140 x 90 mm Hg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O diagnóstico da hipertensão depende de uma avaliação criteriosa, procurando identificar a presença de hipertensão secundária, condição relativamente frequente nos extremos da idade. Esta é uma doença de alta prevalência no mundo moderno, aonde as elevadas taxas de obesidade, aliadas à tendência ao envelhecimento das populações vem reforçar esta estatística (PEREIRA et al, 2009). A obtenção de um controle pressórico rigoroso (inferior a 140/90 mm Hg) mostrou nos últimos anos, prover uma redução substancial no risco

cardiovascular, particularmente no que se refere à ocorrência do acidente vascular cerebral e da insuficiência cardíaca. (CARRETERO; OPARIL, 2000).

No mundo, estima-se que 50% das mortes na população com idade acima de 50 anos deva-se às patologias do aparelho cardiovascular. A HAS isoladamente é um dos mais importantes fatores de risco em 80% dos casos de insuficiência cardíaca, insuficiência coronária, acidente vascular cerebral e insuficiência vascular periférica. A Organização Mundial da Saúde (OMS) observou que HAS afeta, em média, 15% da população adulta mundial, sendo que sua forma primária é a forma mais prevalente. Quanto à HAS secundária, o tipo prevalente é o induzido por contraceptivos hormonais (CHOBANIAN. et al, 2003; CESARINO, 2008).

A prevalência da hipertensão arterial no Brasil, avaliada por estudos populacionais que possam refletir a situação da doença no país como um todo é ainda desconhecido. Estudos de prevalência, regionais e isolados, levam a crer que em torno de 30 % da população adulta apresenta hipertensão arterial sistêmica, considerando-se valores de PA maiores ou igual a 140/90 mm Hg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. (ROSARIO, 2009; BEZERRA, 2006)

É também uma síndrome poligênica e compreende aspectos genéticos, ambientais, vasculares, hormonais, renais e neurais assim, a hereditariedade desempenha papel fundamental na gênese da hipertensão. Assim como em várias doenças, a ciência objetiva identificar os genes participantes da gênese da hipertensão arterial. (CHOR, FONSECA, ANDRADE, 1995).

Inquestionavelmente, o ambiente influi de forma considerável, visto que mudanças de hábitos alteram o comportamento da pressão arterial. São clássicos os estudos de indivíduos pertencentes a grupos populacionais que não apresentam hipertensão arterial e que, ao mudarem para locais de alta

prevalência de hipertensão, tornam-se hipertensos. (CHOR, FONSECA, ANDRADE, 1995).

Dentre os fatores ambientais está o hábito do consumo de sal. O sal tem importância na gênese da HAS em indivíduos geneticamente predispostos. O excesso de sal na alimentação e a incapacidade dos rins de excretar a sobrecarga de sódio induzem hipertensão por aumento do volume plasmático, da pré-carga e, conseqüentemente, do débito cardíaco, a sensibilidade ao sal é variável e pode ser avaliada pela variação da pressão arterial quando se faz uma carga salina. Os indivíduos chamados de resistentes ao sal, a despeito do excesso de sal ingerido, não apresentam maior elevação da PA, ao contrário daqueles sensíveis. Os negros e os idosos são, em geral, os mais sensíveis ao sal entre os hipertensos. (FLACK et al, 2002).

No que se refere aos fatores vasculares, segundo os conceitos clássicos da hemodinâmica, a pressão arterial é determinada pelo débito cardíaco multiplicado pela resistência vascular periférica total. Esses determinantes dependem da interação de uma série de fatores. A hipertensão arterial pode surgir por anormalidades em um deles ou em ambos. Além dos aspectos renais, neurais e o Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona, está à obesidade central frequentemente associada à dislipidemia e intolerância à glicose. Estudos epidemiológicos demonstram claramente a relação entre a obesidade hipertensão arterial. (FREITAS, 2001).

Para quaisquer pacientes, as recomendações para as modificações no estilo de vida e controle dos fatores de risco correlatos devem ser enfatizadas, destacando-se a redução do peso corporal, que terá grande impacto sobre o controle da pressão e os distúrbios associados à síndrome metabólica. A utilização de anti-hipertensivos, por sua vez, faz-se frequentemente necessária e em mais de dois terços dos pacientes duas ou mais drogas serão utilizadas. De forma geral, o impacto dos anti-hipertensivos de primeira linha sobre o risco cardiovascular em populações gerais de hipertensos será semelhante. A

presença de situações específicas, no entanto, poderá tornar mandatória a utilização de determinada droga para o uso inicial. (KOCHAR; WOODS, 1990).

É necessário conhecer em que condições vivem as pessoas acometidas, os valores por elas atribuídos a estas doenças, os prováveis fatores que determinam e condicionam o aparecimento e manutenção destas enfermidades para que se tenha sucesso no tratamento e controle desta patologia (CAMPOS, FARIA, SANTOS. 2012).

Não diferente do que ocorre no Brasil, esta é também a realidade de Carandaí.

Carandaí é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, conhecido como o celeiro de Minas Gerais. O município é o maior horticultor do estado e está a 1057 metros acima do nível do mar. Divide-se entre o distrito sede, Pedro do Sino e Hermilo Alves. Situa-se na mesorregião do Campo das Vertentes e na microrregião de Barbacena, e fica a 137 quilômetros de a capital. Tem uma população de 24 864 habitantes, 12 199 (47,98%) são homens e 12 665 (52,02%) são mulheres, conforme o Censo de 2014 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

Conforme tabela abaixo é possível verificar a distribuição populacional por faixa etária destacando que esta é uma população jovem .

**Tabela 1 Distribuição da população do Município de Carandaí, Minas Gerais, por faixa etária, no ano de 2014.**

Município: Carandaí										
Total da População: 24 864 habitantes.										
Nº de Indivíduos	>1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60 e +	Total
Feminino	1076	1332	1408	1509	1799	1655	1698	1143	1045	12665

Masculino	970	1292	1398	1488	1773	1609	1562	1110	997	12199
Total	2046	2624	2806	2997	3572	3264	3260	2253	2042	24864

Fonte:SIAB 2014.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Estação encontra-se em bairro Estação próximo ao centro na cidade. Ela tem uma sala de recepção, uma para consulta medica, sala de procedimentos e uma de vacinas. Atende sete micros área, para um total de população de 3464 pacientes deles, 650 hipertensos, cifra elevada de incidência o que foi considerado para realizar este estudo.

Por outro lado existem alguns fatores facilitadores do processo de trabalho da equipe Estação que consegue atender 28 pacientes diariamente, tanto em situação de demanda espontânea quanto programada. A equipe trabalha oito horas diárias, de segunda a sexta feira, é unida e disposta a enfrentar desafios. Além disso, são realizadas atividades como a classificação de riscos dos pacientes, atividades planejadas para a demanda programada como trabalho com grupos e visitas domiciliares, priorizando-se a prevenção e a promoção em saúde. Os agentes de saúde comunitários (ACS) realizam suas funções periodicamente dando continuidade às propostas educativas realizadas pelos profissionais e acompanhando as famílias na sua micro-área.

Durante este trabalho, visitas domiciliares e pela observação ativa do território, observou-se que boa parte da população sob responsabilidade da equipe Estação, possui pouca percepção do risco de adoecer, baixo nível de conhecimento as doenças crônicas e as demais a qual enfrenta. Além disso, os hábitos e estilos de vida aumentam em boa parte o risco das complicações desta doença, pois, são consequências de alimentação inadequada, distúrbios metabólicos hereditários e sedentarismo, além de outros fatores de riscos que foram objeto de trabalho.



## 2 JUSTIFICATIVA

Considerando que as doenças cardiovasculares são responsáveis por altas taxas de morbimortalidade em todo mundo, e que as mulheres tem se tornado vitima frequentes destes agravos, percebemos a importância de estudar e identificar os fatores que propiciam esta condição clinica.

Em populações nas quais se encontram presentes outros fatores de risco, lesões de órgãos-alvo ou condições clínicas correlatas, o impacto da pressão arterial sobre a morbimortalidade cardiovascular será ainda maior e a obtenção de alvos pressóricos mais estreitos (menor que 130/80 mm Hg), particularmente na população de diabéticos, nefropatas e cardiopatas, tem mostrado maior proteção.

Dessa forma, o controle adequado da pressão arterial é ponto de partida para a diminuição da morbidade e a mortalidade por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. Nos últimos 20 anos a detecção precoce da HAS, diminuiu a mortalidade por cardiopatia isquêmica e eventos cerebrovasculares, por ser um importante fator de risco para estas doenças (FREITAS, 2001).

Assim, este projeto será elaborado, devido o grande índice de hipertensão que vem afetando pessoas acima de 40 anos, na área de saúde do PSF de Estação, no município Carandaí. Os maus hábitos e o sedentarismo que fazem aumentar essa variável serão discutidos para que encontremos um meio de controlar essa patologia..

Refletindo junto com os demais profissionais da UBS, foi observado que, o maior desafio enfrentado no controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) no PSF Estação é a adesão dos pacientes ao seu tratamento, fato que justifica a realização deste projeto.

### **3 OBJETIVO**

- Estabelecer ações de promoção à saúde e prevenção de agravos para a redução da morbimortalidade em um grupo de risco pertencente à Unidade Básica de saúde na Estação em relação à hipertensão.

#### **4 METODOLOGIA**

Para atingir os objetivos propostos, optou-se por uma pesquisa bibliográfica online através do acesso ao centro de informação da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através da base de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) acerca dos fatores de risco para HAS em adultos. Estabeleceram-se como critérios para a seleção dos artigos aqueles publicados no Brasil, no período de 2003 a 2013, que tenham o texto completo disponível e que estejam em língua portuguesa e que se refiram a os descritores hipertensão arterial, risco cardiovascular aumentado, fatores de risco para hipertensão e tratamento da hipertensão.

Após de selecionar os artigos que atendiam aos critérios de inclusão e aos objetivos do estudo, procurou-se fazer uma abordagem crítica, identificando quais os principais fatores de risco relatados que podem ser modificáveis por intervenções da equipe da Estratégia Saúde da Família, principalmente, através de práticas educativas que podem ser estimuladas em atendimento multiprofissional individual e coletivo.

Posteriormente foi realizado o diagnostico situacional de saúde da UBS através do método de estimativa rápida, onde a equipe identifica os principais problemas relativos à comunidade, através das visitas domiciliares, consultas médicas, prontuários dos pacientes, entrevistas e observação. Depois de conhecer os principais problemas na área de abrangência, foi feita uma priorização dos mesmos, onde o alto número de pacientes com HAS foi escolhido para fazer este projeto, devido a sua importância, a motivação da equipe e a capacidade de enfrentamento do mesmo.

A partir disto iniciou-se a construção do plano de ação por meio do Planejamento

Estratégico Situacional. Em reuniões de equipe, foi verificado e priorizado como problema de saúde o alto número de pacientes com hipertensão arterial.

Descreveu-se e caracterizou-se o problema, através da identificação de suas causas, identificando os nós críticos necessários para impactá-lo e transformá-lo. Iniciou-se o planejamento para operacionalização das estratégias de enfrentamento. Analisou-se os recursos financeiros, organizacionais, cognitivos e políticos para realização das ações propostas. A viabilidade do projeto foi avaliada e os prazos e responsáveis escolhidos.

## 5 REFERENCIAL TEORICO

Contextualizando a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), além de um grave problema de saúde pública é a mais frequente das doenças cardiovasculares, comportando-se como o mais importante fator de risco para as complicações conhecidas como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e doença renal crônica terminal. (COELHO et.al., 2005).

Aproximadamente 30% dos brasileiros com mais de 40 anos é portador de HAS, seguido de 4% das crianças e adolescentes. O baixo controle da HAS se deve ao curso assintomático da doença, diagnóstico e tratamento negligenciado, além da baixa adesão ao tratamento pelo paciente, embora existam protocolos, recomendações e acesso a medicamentos. (COELHO et.al., 2005).

De acordo com a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, os fatores de risco que favorecem a hipertensão arterial estão relacionados à idade, (aumenta com a idade); etnia onde a prevalência é maior em mulheres afro descendentes do que em mulheres brancas; Fatores socioeconômicos, onde quanto mais baixo o poder aquisitivo maior é a prevalência de hipertensão arterial, inclusive pela alta exposição fatores de risco, lesão em órgãos-alvo e eventos cardiovasculares; Sal e sua ingestão elevada; Obesidade, onde o ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de hipertensão arterial, sendo a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular aumentado; Álcool que se ingerido fora das refeições aumenta o risco de hipertensão, independentemente da quantidade ingerida; Sedentarismo; predisposição genética, fatores ambientais, dislipidemias, dentre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Assim, Para quaisquer pacientes, as recomendações para as modificações no estilo de vida e controle dos fatores de risco correlatos devem ser enfatizados, destacando-se a redução do peso corporal, havendo uma concomitância de 50%

entre o excesso de peso e a hipertensão. Sendo que a diminuição de 5% a 10% do peso corporal é suficiente para promover reduções expressivas de pressão arterial (PA) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

Estudos observacionais demonstram que a redução do consumo de sal, também tem implicações favoráveis sobre o controle da hipertensão, sendo recomendada uma ingestão de cerca de 6 gramas por dia. (CHOBANIAN. et al, 2003; CESARINO, 2008).

A prática de exercícios físicos, desde que bem orientada, além de promover a redução da PA, diminui consideravelmente o risco da doença cardiovascular. As atividades aeróbicas devem ser estimuladas em uma frequência de 3 a 4 vezes na semana, com duração de 30 a 60 minutos. (ROSARIO et al.,2009.)

O abandono ao tabagismo e a redução do consumo de álcool também são medidas que reduzem o risco cardiovascular, e a terapia farmacológica para hipertensão Arterial Sistêmica deve ser individualizada, de forma a manter os níveis pressóricos menores que 140x90 mmHg. (GRADUDAL , et al.,2012.)

O principal determinante para a efetividade do tratamento da HAS é a adesão ao tratamento, pois a não adesão pode causar atenuação dos benefícios clínicos. A baixa adesão é identificada como a principal causa do controle inadequado da pressão arterial. (MCGREG et al., 2009).

Dos pacientes que não têm adequado controle da pressão arterial, aproximadamente 50% não adere ao medicamento recomendado pelo médico. VASAN.et al. ,2001. É difícil detectar a falta de adesão e, mais ainda, quantificá-la. Apesar de a adesão ser frequentemente descrita como variável dicotômica (adesão versus não adesão), ela pode variar ao longo de um contínuo de zero a mais de 100% em pacientes que usam mais do que as medicações prescritas pelo médico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA ,2010).

Na atualidade, a hipertensão arterial constitui-se numa das afecções mais comuns e que atinge um grande número de pessoas, podendo resultar em graves complicações, se não for tratada e controlada, por isso se evidencia que a mesma é um grande problema de saúde pública, e que merece especial relevância em todos os níveis de atenção à saúde (XIMENES-NETO; MELO, 2005).

Neste contexto, a hipertensão arterial, considerada uma doença crônica, pode ser influenciada pelo grau de participação do indivíduo portador de tal patologia, dependendo de fatores como a aceitação da doença, controle e conhecimento da mesma e aparecimento de complicações. A hipertensão grave é definida como tendo valores de pressão arterial sistólica maior que 160 mm Hg e diastólica maior que 95 mm Hg. A hipertensão limítrofe é aquela com valores sistólicos de 140 a 160 mm Hg e diastólicos de 90 a 95 mm Hg. A normotensão é a pressão arterial sistólica menor que 140 mm Hg e diastólica menor que 90 mm Hg (KOCHAR; WOODS, 1999).

A justificativa para intervenções em pessoas com esses níveis de PA baseia-se no fato de que metade do ônus atribuível ocorre para pressões sistólicas entre 130 e 150 mmHg, isto é, incluindo o comportamento limítrofe de PA (ROSARIO et al. 2009).

Uma importante consideração feita por PROGRESS Collaborative Group (2001) é que nessa faixa de PA há uma grande parcela de indivíduos com doença cardiovascular e renal estabelecidas, além de boa parte de indivíduos com diabetes, doença renal, múltiplos fatores de risco cardiovascular e síndrome metabólica, o qual parece pertinente que esses indivíduos recebam tratamento medicamentoso. Deve-se, entretanto, considerar que foi demonstrado benefício dessa intervenção, em estudo incluindo pacientes de alto risco com doença coronariana ou em outro que avaliou pacientes com doença encefálica prévia e finalmente, em indivíduos diabéticos tipo 2 (ADVANCE Collaborative Group, 2007).

Alguns estudos aleatórios e controlados com placebo sugerem que a instituição de tratamento medicamentoso em pacientes de alto risco reduz os eventos cardiovasculares quando há valores de PA entre 130-139 /85-89 mmHg (SLEIGHT et al.2009).

### **Fatores de Risco para não adesão para o tratamento anti-hipertensivo**

A maior razão para o controle inadequado da pressão arterial elevada, de acordo com Martins. et al. (1997) seria a falta de adesão. Mion JR et al. (2006) caracteriza adesão como sendo a extensão em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar os medicamentos, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas, coincide com o recomendado por profissionais de saúde

O tratamento da hipertensão arterial deve ser realizado utilizando-se medidas não farmacológicas isoladas ou associadas a fármacos anti-hipertensivos sendo estes capazes de reduzir os níveis tensionais e conseqüentemente os eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2006).

A educação em saúde vem sendo utilizada para a prevenção dos fatores de risco comportamentais, ou condutas de risco, que são respostas às condições de vida adversas (RIBEIRO; COTA; RIBEIRO, 2012). Já as ações de promoção à saúde necessitam de envolvimento intersetorial pactuada, para tornar possível a implementação de ações articuladas com a comunidade visando promover comportamentos e estilos de vida saudáveis. (BRASIL, 2005).

As características do tratamento, que englobam intervenções medicamentosas e não medicamentosas e, portanto, mudanças de comportamento e tolerância a eventuais efeitos colaterais também devem ser considerados no processo de adesão. Em igual importância, encontram-se as políticas de saúde vigentes, a



facilidade de acesso do paciente aos serviços de saúde, e a qualidade do trabalho desenvolvido nestes serviços. (FREITAS et al., 2001)

### **5.2.1 Fatores associados ao paciente**

O conhecimento e as crenças dos pacientes sobre sua doença, a motivação para controlá-la, sua habilidade para associar seu comportamento com o manejo da doença e suas expectativas no resultado do tratamento podem influenciar positivamente ou negativamente na adesão, sendo fundamental nesse processo a percepção que os pacientes têm acerca da doença. Flack. et al., (2002) afirmam que, para uma decisão específica de saúde ser tomada, é necessário que o indivíduo perceba a doença como ameaça. Para Freitas et al.(2001), as pessoas com um baixo nível educacional têm menos conhecimento de como prevenir as doenças e, em vista disso, menor nível de adesão.

O apoio social e familiar é um fator importante e o comprometimento dos cuidados, com pacientes idosos portadores de várias comorbidades podem influenciar a adesão ao tratamento. Quanto mais comprometidos estiverem os cuidadores, mais fácil será o tratamento e, portanto, o cuidador tem de ser encorajado pela equipe de saúde a sentir-se elemento ativo neste processo (MION JR. et al. 2006).

A HAS provoca limitações no estilo de vida não somente do hipertenso, como também no dos outros elementos do núcleo familiar. A alteração na saúde de um dos membros da família acaba por provocar mudanças no todo, devendo-se incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e do acompanhamento dos hipertensos (BRASIL 2005).

### **5.2.2 Fatores associados ao regime terapêutico**

No que se referem à terapêutica farmacológica, Campos, Faria e Santos (2012)

consideram que são vários os fatores que afetam a adesão, um dos principais estão relacionados à complexidade do regime terapêutico, pois se sabe que o número de doses de comprimidos, horário das tomadas, duração do tratamento, falha de tratamentos anteriores, mudanças frequentes no tratamento e influência dos efeitos adversos na qualidade de vida são fatores relevantes para não adesão.

A escolha do primeiro esquema anti-hipertensivo influencia a adesão, como foi demonstrado por Mion JR, et al.(2006) com melhor adesão para aqueles medicamentos com melhor perfil de efeitos colaterais.

### **5.2.3. Fatores de risco modificáveis**

A obesidade é um fator predisponente para a hipertensão. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão podem ser explicados pela presença do excesso de peso. Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso.(BRASIL,2006).

Os indivíduos sedentários possuem maior chance de apresentarem o fator de risco de hipertensão arterial em comparação aos ativos. BERNARDO (2013).O desenvolvimento tecnológico acontecido nos últimos anos contribuíram para modificar os hábitos de vida de grande parte da população. Eles trouxeram vários benefícios e também favoreceram ao sedentarismo e aumento de peso corporal e outras doenças crônicas não transmissíveis como a obesidade, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

A dieta desempenha um importante papel no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com conteúdo reduzido de sódio (menor que 2,4 g /dia ,equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio),baseada em frutas ,verduras e legumes, cereais e alimentos integrais, leite desnatado e seus derivados, quantidades reduzidas de gorduras saturadas, triglicerídeos e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a

pressão arterial em indivíduos hipertensos. BRASIL(2006).

A relação entre alto consumo de bebidas alcoólicas e a elevação da pressão arterial tem sido relatada em estudos observacionais mostrando que a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas. (BRASIL,2006).

O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e a profundidade da inalação. Em avaliação por monitorização ambulatorial (MAPA),a Pressão Arterial Sistólica de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não fumantes revelando o importante efeito hipertensivo transitório do tabagismo.(BRASIL,2006).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Definição do problema

Conforme o Sistema de Informação de Atenção de Básica (SIAB) a UBS da Estação apresenta um total de 3464 pessoas cadastradas. A tabela abaixo apresenta a distribuição desta população de acordo com a faixa etária. Destaca-se que mais de 50% da população encontra-se na faixa etária acima de 40 anos.

**Tabela 2. População na área do Programa Saúde da Família UBS da Estação, em Carandaí, Minas Gerais no ano de 2015.**

Idade	Numero	%
Menor de 9 anos	263	7,59
10-19 anos	380	10,96
20-29 anos	505	14,57
30-39	512	14,78
40-49	602	17,37
50-59	611	17,63
60 ou mais	591	17,06
Total	3464	100

Fonte: Sistema de informação de atenção básica do município (SIAB) Ago.2015

Com a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Estação e pelo trabalho realizado neste período na Unidade foi possível fazer o reconhecimento do território e dos principais problemas enfrentados pelos usuários.

O método utilizado foi a Estimativa Rápida, onde a equipe de saúde envolvida consegue informações sobre as condições de vida, a forma como vive a comunidade em estudo, além de buscar os dados existentes em registros na unidade de saúde, Sistema de Informação da atenção básica (SIAB).

Após da análise da situação de saúde do PSF foi feita sua discussão para a identificação dos principais problemas de saúde da comunidade. Assim foram identificados cinco problemas considerados fundamentais.

1-Elevada Prevalência de Hipertensão Arterial com irregularidades em seus tratamentos farmacológicos e não farmacológicos.

2-Aumento da incidência de doenças psiquiátricas, ansiedade e depressão com elevado consumo de drogas psicotrópicas.

3-Falta de conhecimento dos pacientes sobre suas doenças.

4-Alto numero de pacientes sedentários e obesos.

5-Doenças infecciosas respiratórias.

Por sua elevada Prevalência e capacidade de enfrentamento da equipe foi considerada a Hipertensão Arterial como o problema de saúde prioritário.

## 6.2 - Priorização dos problemas

A tabela 3 demonstra que a prioridade de intervenção está localizada sobre o risco cardiovascular aumentado (alto número de pacientes hipertensos), que embora em acompanhamento médico, não aderem às ações de prevenção. Assim, em função da alta importância e prioridade e ainda a capacidade de resolução, este foi o problema escolhido.

**Tabela 3. Priorização dos problemas na área do PSF da Estação, em Carandaí, Minas Gerais no ano de 2015.**

PROBLEMA	PRIORIDADE	URGÊNCIA	CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO	SELEÇÃO

Elevada Prevalência de HAS com irregularidades em seus tratamentos farmacológicos e não farmacológicos.	Alta	8	Parcial	2
Aumento da incidência de doenças psiquiátricas, ansiedade e depressão e elevado consumo de drogas psicotrópicas.	Alta	5	Parcial	4
Falta de conhecimento dos pacientes sobre suas doenças.	Alta	8	Parcial	1
Doenças infecciosas respiratórias.	Alta	6	Alta	3
Elevado número de pacientes sedentários e obesos.	Media	4	Parcial	5

A partir do exposto procedeu-se a identificação dos “nós críticos”, apresentado um plano de intervenção com impacto direto sobre a modificação de estilos de vida e incentivo à prática de atividade física.

### 6.3 Descrição do problema

O UBS Estação possui um número elevado de hipertensos, porém, não tem uma agenda definida de trabalho com os mesmos. O problema escolhido foi observado principalmente durante as consultas realizadas na unidade de saúde onde foi possível perceber o impacto na rotina do trabalho da equipe,

principalmente porque os usuários esperam do médico apenas uma nova receita para aquisição de medicamentos ou, então, chega à unidade de saúde descompensados pelo uso inadequado dos medicamentos entre outros fatores e transformam a rotina da equipe gerando a demanda espontânea. A falta de um cronograma que trabalhe com os grupos de Hipertensos e a falta de estratificação do risco clínico como norteador das ações de saúde, dificulta que as mesmas atinjam o grupo e promovam eficazmente a mudança dos hábitos modificáveis de saúde.

A tabela a seguir apresenta uma caracterização da população da UBS Estação em relação aos problemas elencados

**Tabela 4. Descrição da população da UBS Estação frente aos problemas elencados**

<b>PROBLEMA</b>	<b>VALORES</b>	<b>FONTES</b>
Hipertensos esperados	693	Estimativa de 20% da população maior de 20 anos
Hipertensos cadastrados	650	SIAB
Hipertensos confirmados	650	SIAB
Hipertensos acompanhados conforme protocolo	100	SIAB
Hipertensos controlados	100	SIAB
Sobrepeso e Obesos	950	SIAB
Tabagistas	630	SIAB
Sedentários	950	SIAB

Considerando uma estimativa de que 20 % da população tem HAS espera-se um total de 693 pacientes hipertensos. Isso prenuncia a possibilidade de que se

possa ter um percentual maior de hipertensos e a necessidade da unidade aplicar o processo de estratificação para HAS e o processo de estratificação do risco clínico, ambos, propostos pela Linha Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

#### **6.4 Explicação do problema**

Durante a realização do diagnóstico situacional observou-se a exposição de usuários aos fatores de risco que favorecem as DCNT com destaque neste trabalho para a HAS, doença onde podem ser modificados os fatores de risco que favorecem acidentes vasculares e complicações cardiovasculares sendo umas de as principais causas de morte em a população. Assim, os principais nós críticos identificados foram:

- 1-Ausência de estratificação do risco clínico para HAS pela unidade de saúde
- 2-Ausência de uma agenda fixa de educação continuada com o grupo de Hipertensos
- 3- Presença de fatores de risco modificáveis para a hipertensão Arterial como:
  - Falta de conhecimento dos pacientes sobre sua doença
  - Hábitos e estilos de vida incompatíveis com a doença
  - Sedentarismo
  - Falta de regularidade na tomada de medicamentos

A partir da identificação dos nós críticos que impedem o controle da pressão arterial, foram propostas ações na tentativa de enfrentá-los, ou pelo menos reduzir o impacto na qualidade de vida dos pacientes. Para cada nó crítico elaborou-se um projeto específico visando impactar o problema principal, propondo-se soluções e estratégias de enfrentamento que fazem parte do plano



de ação.

### **6.5 Seleção dos nós críticos**

O levantamento dos problemas encontrados, nós críticos, possibilitou a criação de ações que visaram, no primeiro momento, interferirem de forma direta nestes, buscando assim reduzir o risco cardiovascular aumentado dos hipertensos, fazendo com que os mesmos adotem hábitos de vida saudáveis, objetivando a inclusão da atividade física regular e a redução do % de gordura corporal. O quadro a seguir apresenta os nós críticos encontrados.

#### **Quadro 1 Nós críticos encontrados**

<b>Desenho de operações para os nós críticos do problema elevado índice de fatores de risco Da HAS na equipe Estação em Carandaí /MG</b>				
<b>Nós crítico</b>	<b>Operação/projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>

<p>Falta de conhecimento dos pacientes sobre sua doença</p>	<p><b>“Saber Mais”</b> Proporcionar atividades informativas em grupo e fomentar o conhecimento sobre a doença (HAS).</p>	<p>População mais educada e informada sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial.</p>	<p>Pacientes mais comprometidos e responsáveis com sua saúde. Avaliação do nível de conhecimento dos participantes (em adesão na intervenção) nas atividades de grupo. Campanhas de promoção e prevenção das HAS.</p>	<p><u>Organizacionais:</u> Organização a agenda <u>Póliticos:</u> Acordar com a equipe sobre a inclusão deste projeto nas reuniões de grupo operativo que funciona na unidade. <u>Financeiro:</u> Recurso para comprar papel, caneta e outros para as atividades audiovisuais  <u>Cognitivo:</u> Capacitação da equipe executora (metodologia, conhecimentos científicos, habilidades comunicativas).</p>
<p>Hábito e estilos de vida incompatíveis com a doença</p>	<p><b>“Mais Saúde”</b> Atividades físicas pertinentes e orientação sobre a alimentação saudável</p>	<p>Adesão a hábitos de alimentação mais saudável e redução do tabagismo, alcoolismo e prática de exercícios físicos.</p>	<p>Pacientes mais ativos realizando atividades físicas nas ruas e academias.  Orientação e informação dos grupos de hipertensos.</p>	<p><u>Organizacionais:</u> Organização da agenda dos profissionais do NASF e equipe de saúde.  <u>Póliticos:</u> Acordar com</p>

			<p>Campahnas educativas locais através de palestras e folhetos explicativos.</p>	<p>a prefeitura para fornecer o local para a pratica de exercicios.</p> <p><u>Financeiro:</u> Recurso para comprar papel, caneta ,folhetos explicativos e audiovisuales</p> <p><u>Cognitivo:</u> Internalizar a necessidade da mudança de hábitos</p>
<p>Sedentaris mo</p>	<p><b>“Movimento”</b> Estimular os acometidos a participar do projeto <b>“Mais Saúde”</b> Internalizar a necessidade e se organizar para a prática de exercício diário, e trocar por passeios ou outros programas o dia que não prática de exercício.</p>	<p>Usuários acometidos realizam exercícios físicos conforme orientação do profissional pelo menos 5 vezes na semana e por acima de 30 minutos</p>	<p>“Programa passeio legal”: Propor caminhadas e exercícios aeróbicos e musculação e estabelecimento do de passeio, encontros, trabalhos voluntários que dispensem energia.</p>	<p><u>Organizacion ais:</u> Organização da agenda do . profissional de Educação física <u>Póliticos:</u> Acordar com os acometidos o comparecime nto em todas as atividades propostas pela equipe <u>Financeiro:</u> Lanche comunitário ou brinde para a pessoa que maior número e</p>

				executar atividades. <u>Cognitivo:</u> Internalizar a vantagem desta prática
Falta de regularidade na tomada de medicamentos	<b>“Bom remédio”</b> Estimular o usuário desde o diagnóstico (HAS) a tomar o medicamento na hora conforme a prescrição.	Pacientes que utilizam o medicamento prescrito de forma racional e que combinado com as atividades dos projetos “Mais Saúde” e “Movimento saudável” Mantém níveis pressóricos controlados	“Programa Remédio bom” Estimular os usuários a tomar medicamento nos horários prescritos e com compromisso e responsabilidade com o medicamento /sua saúde	Organizacional: Adequar à agenda do farmacêutico <u>Financeiro:</u> Brinde a quem usa o medicamento adequadamente. <u>Cognitivo:</u> Internalizar a vantagem do uso contínuo do medicamento

As estratégias relacionadas à redução da gordura corporal tiveram como foco os maus hábitos alimentares. Foi lançado um grupo de nutrição, alimentação saudável e controle de peso em parceria com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) principalmente com a intervenção direta da nutricionista e da psicóloga. Todo o processo foi realizado através da divulgação da campanha 10 passos para uma alimentação saudável, a partir da elaboração de um guia prático que foi disponibilizado através das ACS.

As estratégias relacionadas à atividade física regular tiveram como base o grupo da “comunidade do Bairro” cujo foco foi tirar às pessoas da sua zona de conforto incentivando à prática de atividades físicas e esportivas, contando com o apoio e com a intervenção direta dos profissionais de educação física, fisioterapia e terapia ocupacional.

Ademais os usuários tiveram controle mensal com o médico da equipe que

precedeu a realização de exame clínico completo e solicitação de exames laboratoriais para avaliar o controle das doenças e a possível interação de outros fatores de risco.

A elaboração dos projetos para a intervenção baseou-se principalmente na busca por ações que não dificultassem a implantação, pois, comumente há uma dificuldade em se buscar investimentos para a elaboração de atividades complexas. Entretanto, os projetos dependem unicamente de um planejamento estratégico para que seja implementado de forma prática dentro da comunidade.

### 6.6 Identificação dos recursos críticos

Essa etapa busca identificar os recursos críticos que são aqueles indispensáveis para a execução da operação e que não estão disponíveis, sendo importante conhecê-los e criar estratégias para viabilizá-los. No quadro 2 foram identificados pela equipe os recursos críticos de cada operação.

#### Quadro 2 Recursos críticos

Recursos críticos do problema elevado índice de fatores de risco da HAS na equipe Estação em Carandaí/MG	
Operação/Projeto	Recursos críticos
<p><b>“Saber Mais”</b></p> <p>Proporcionar atividades informativas em grupo para os pacientes Hipertensos sobre suas doenças</p>	<p><u>Organizacionais:</u> Organização a agenda</p> <p><u>Póliticos:</u> Acordar com a equipe sobre a inclusão deste projeto nas reuniões de grupo operativo que funciona na unidade.</p> <p><u>Financeiro:</u> Recurso para comprar papel, caneta e outros para as atividades.</p> <p><u>Cognitivo:</u> Internalizar sobre a necessidade de cuidar de sí.</p>
<p><b>“Mais Saúde”</b></p> <p>Proporcionar Atividades físicas pertinentes e orientação sobre a alimentação saudável</p>	<p><u>Organizacionais:</u> Organização da agenda dos profissionais do NASF e equipe de saúde.</p> <p><u>Póliticos:</u> Acordar com a prefeitura para fornecer o local para a pratica de exercicios.</p> <p><u>Financeiro:</u> Recurso para comprar papel, caneta e</p>

	<p>outros e audiovisuais.</p> <p><u>Cognitivo:</u> Internalizar a necessidade da mudança de hábitos</p>
<p><b>“Movimento” Estimular os acometidos a participar do projeto Mais Saúde</b></p> <p>Internalizar a necessidade e se organizar para a prática de exercício diário, e trocar por passeios ou outros programas o dia que não prática de exercício.</p>	<p><u>Organizacionais:</u></p> <p>Organização da agenda do . profissional de Educação física <u>Póliticos:</u> Acordar com os acometidos o comparecimento em todas as atividades propostas pela equipe</p> <p><u>Financeiro:</u> Lanche comunitário ou brinde para a pessoa que maior número e executar atividades.</p> <p><u>Cognitivo:</u></p> <p>Internalizar a vantagem desta prática</p>
<p><b>“Bom remédio”</b></p> <p>Estimular o usuário desde o diagnóstico (HAS ou diabetes mellitus) a tomar o medicamento na hora conforme a prescrição.</p>	<p><u>Organizacional:</u> Adequar à agenda do farmacêutico</p> <p><u>Financeiro:</u> Brinde a quem usa o medicamento adequadamente.</p> <p><u>Cognitivo:</u></p> <p>Internalizar a vantagem do uso contínuo do medicamento</p>

## 6.7 Análise de viabilidade do plano

Após reunião com a equipe fez-se uma análise da viabilidade dos projetos que são apresentados no quadro a seguir

### Quadro 3. Viabilidade do plano

Análise de viabilidade do plano do problema elevado índice de fatores de risco da HAS na equipe Estação em Carandaí/MG				
Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<p><b>“Saber Mais”</b> Proporcionar atividades informativas em grupo para os pacientes Hipertensos sobre suas doenças</p>	<p><u>Organizacionais:</u> Organização a agenda <u>Póliticos:</u> Acordar com a equipe sobre a inclusão deste projeto nas reuniões de grupo operativo que funciona na unidade. <u>Financeiro:</u> Recurso para comprar papel, caneta e outros para as atividades. <u>Cognitivo:</u> Internalizar sobre a necessidade de cuidar de sí.</p>	Médico e Enfermeiro	Favorável	Não é necessário
<p><b>“Mais Saúde”</b> Proporcionar Atividades físicas pertinentes e orientação sobre a alimentação saudável</p>	<p><u>Organizacionais:</u> Organização da agenda dos profissionais do NASF e equipe de saúde. <u>Póliticos:</u> Acordar com a prefeitura para fornecer o local para a pratica de exercicio. <u>Financeiro:</u> Recurso para</p>	Profissional de educação física e Nutricionista	Favorável.	Apresentar o projeto para a equipe do NASF

	comprar papel, caneta e outros e folhetos explicativos e audiovisuais. <u>Cognitivo:</u> Internalizar a necessidade da mudança de hábitos			
<p><b>“Movimento”</b> Estimular os acometidos a participar do projeto <b>“Mais Saúde”</b> Internalizar a necessidade e se organizar para a prática de exercício diário, e trocar por passeios ou outros programas o dia que não houver prática de exercício.</p>	<p><u>Organizacionais:</u> Organização da agenda do profissional de Educação física <u>Póliticos:</u> Acordar com os acometidos o comparecimento em todas as atividades propostas pela equipe <u>Financeiro:</u> Lanche comunitário ou brinde para a pessoa que maior número e executar atividades. <u>Cognitivo:</u> Internalizar a vantagem desta prática</p>	Equipe de saúde e Profissional de educação física	Favorável.	Apresentar o projeto para a equipe
<p><b>“Bom remédio”</b> Estimular o usuário desde o diagnóstico (HAS) a tomar o medicamento na hora conforme a</p>	<p>Organizacional: Adequar a agenda do farmacêutico <u>Financeiro:</u> Brinde a quem usa o medicamento adequadamente. <u>Cognitivo:</u> Internalizar a vantagem do uso</p>	Farmacêutico	Favorável	Apresentar o projeto para a equipe e NASF



prescrição.	contínuo do medicamento			
-------------	-------------------------	--	--	--

Em relação à viabilidade do plano, como colocado, buscou-se apenas utilizar de ações estratégicas que viabilizassem em curto prazo a implantação do projeto de intervenção. Observa-se que todo o processo baseia-se em uma reestruturação da forma como as ações são desenvolvidas, contribuindo assim para minimizar os custos operacionais que muitas vezes são o entrave para a realização destes modelos de estratégias.

Todo o processo de implantação dos projetos foi realizado, *a priori*, em curto prazo (30 a 90 dias) e com processo avaliativo e de feedback quinzenal, que nos permitiu possíveis ajustes. A coordenação dos projetos foi realizada pelo gerente da UBS, Enfermeira, ACS e Médico.

## 6.8 Elaboração do plano operativo

### Quadro 4 Elaboração do plano operativo

Plano Operativo para reduzir o elevado índice de fatores de risco da HAS na equipe Estação em Carandaí/MG					
Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
“Saber Mais” Proporcionar atividades informativas em grupo para os pacientes Hipertensos sobre suas doenças	População mais educada e informada sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial.	Avaliação do nível de conhecimento dos participantes em tema de HAS. Campanhas de Promoção e Prevenção da HAS. Palestras, Inf	Não é necessário	Medico.	Três meses para o início das atividades

		ormação de os temas em folhetos explicativos.			
<p><b>“Mais Saúde”</b></p> <p>Proporcionar Atividades físicas pertinentes e orientação sobre a alimentação saudável</p>	<p>Melhores hábitos de alimentação e Redução de tabagismo, alcoolismo e sedentarismo.</p>	<p>“Programa Corrida legal”: Usuários que fazem os exercícios propostos pelo educador físico e alimentando conforme orientação do nutricionista</p>	<p>Apresentar o projeto para a equipe do NASF</p>	<p>Medico e enfermeiro.</p>	<p>Início: três meses</p>
<p><b>“Movimento”</b></p> <p>Estimular os acometidos a participar do projeto <b>“Mais Saúde”</b></p> <p>Internalizar a necessidade e se organizar para a prática de exercício diário, e trocar por passeios ou outros programas o dia que não prática de exercício.</p>	<p>Usuários acometidos realizam exercícios físicos conforme orientação do profissional pelo menos 5 vezes na semana e por 30 minutos</p>	<p>“Programa passeio legal”: Propor caminhadas e exercícios aeróbicos e musculação , encontros, trabalhos voluntários que dispensem energia.</p>	<p>Apresentar o projeto para a equipe</p>	<p>ACS</p>	<p>Início: três meses.</p>

<p><b>“Bom remédio”</b> Estimular o usuário desde o diagnóstico (HAS) a tomar o medicamento na hora conforme a prescrição.</p>	<p>Pacientes que utilizam o medicamento prescrito de forma racional e que combinado com as atividades dos projetos “Mais Saúde” e “Movimento saudável” Mantém níveis pressóricos.</p>	<p>“Programa Remédio bom” Estimular os usuários a tomar medicamento nos horários prescritos e com compromisso e responsabilidade com o medicamento /sua saúde</p>	<p>Apresentar o projeto para a equipe e NASF</p>	<p>Farmacêutico e ACS</p>	<p>Apresentação do projeto e 03 meses para o início.</p>

Em relação ao projeto suas ações se baseiam em rastreamento dos indivíduos hipertensos na área de cobertura, onde os ACS foram fazer o primeiro contato convidando-os a participarem do projeto, que teve como objetivo orienta-los sobre a necessidade de aderirem aos programas “Mais saúde” e “Movimento”, como ferramentas de controle do peso corporal e que levam a adaptações fisiológicas que diminuem os riscos cardiovasculares.

Todo este processo de implantação contou de um plano de gestão, que buscou fomentar, coordenar, decidir e permitiu que as atividades implantadas fossem acompanhadas e tiveram o suporte necessário para que alcance os objetivos.

A implantação do projeto ocorreu de forma gradual e linear, sendo que em 12 meses todas as estratégias foram implantadas. Em relação à avaliação esta ocorreu paralelamente a realização das atividades, onde os feedbacks foram

analisados para tomar as decisões necessárias.

Durante esse tempo, os pacientes participaram de ações educativas para conhecer mais sobre as doenças, suas complicações, os cuidados que devem ser tomados e os controles exigidos para estabilizar a doença. Eles foram orientados sobre a necessidade de adesão ao tratamento e receberam noções de nutrição, controle de estresse, cuidados com a saúde e a importância da atividade física para controle da doença.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A intervenção no tratamento e no acompanhamento dos pacientes, sendo eles, hipertensos, através do aconselhamento com ação educativa, seguimento regular das orientações fornecidas, garantia do uso correto das medicações e as informações trazidas a eles pela equipe mostrou-se notavelmente útil no controle desta doença crônica.

Esse tipo de intervenção pode ser mantida e ampliada no atendimento dos serviços públicos de saúde, pois, os dados obtidos nessa investigação mostraram que o programa educativo oferecido teve repercussão na dinâmica da família, ampliando o conhecimento de seus membros em relação ao tratamento e controle das enfermidades.

A ampliação do aprendizado pode favorecer a aquisição de hábitos saudáveis desse modo, compreendemos que a educação em hipertensão arterial deve estar centrada na equipe multidisciplinar, no sistema familiar e no próprio indivíduo. Quando o paciente encontra essa rede de apoio há uma maior efetividade no processo educativo.

Por fim, percebe-se que o projeto educativo repercutiu para além dos limites, ou seja, transcendeu os âmbitos estritamente pessoais, atingindo também o núcleo familiar, onde passaram a exercer também o papel de cuidadores, disseminando informações, levando o conhecimento para ajudar os membros da família na aquisição de hábitos saudáveis que contribuem para a prevenção a HAS.

## REFERENCIAS

ADVANCE Collaborative Group. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. **Lancet** 2007, v 370,p 829-840.

BERNARDO, A.F.B. Associação entre atividade física e fatores de risco cardiovasculares em indivíduos de um programa de reabilitação cardíaca. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte** .Presidente Prudente, 2013.V.19,n.4.p 231-235.

BEZERRA, B. **Diabetes e hipertensão: cuidado duplo**. [S.l. s.n], 2006. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/imprensa/entrevistas/index.php?id=266>>. Acesso em: 02 Jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: **DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasil. 2005. 80p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.58p.

CAMPOS, F.C.C. FARIA H. SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed.Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012. 110p

.

CARRETERO, A.O.; OPARIL S. Essential hypertension definition and etiology. **Circulation** 2000. v.101, p.329-35

.

CESARINO, C.B. et al. Prevalência e fatores sociodemograficos em hipertensos desão Jose dório preto. **Arq bras Card**. 2008.v.91, p.31-5

.

CHOBANIAN, A.V. et al. The seven three port of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure: the JNC 7report. **JAMA** 2003. v.289, p 2560-72

.

CHOR D.; FONSECA, M.J.M.; ANDRADE, C.R. Doenças cardiovasculares: comentários sobre a mortalidade precoce no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** São Paulo, 1995 v.64, n.1, p.15-19.

COELHO, E. B. ;NETO, M. M.; PALHARES, R.; CARDOSO, M., C., M.; GELEILETE, T., J., M.; NOBRE, F. Relação entre a Assiduidade às Consultas Ambulatoriais e o Controle da Pressão Arterial em Pacientes Hipertensos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, set. 2005; v. 85, n 3.

FLACK, J.M. et al. Cardiovascular disease costs associated with uncontrolled hypertension. **Manage Care Interface**, New York, 2010 v.15, n.11, p.28-36.

FREITAS, O.C. et al. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the state of São Paulo, Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo., 2001. v.77, n.1, p.9-21.

GRAUDAL, JG. et al, Effects of low sodium diet vs. high sodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol and triglyceride (Cochrane Review). **Am J Hypertens**. 2012; v.25,p1-15.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Base de dados**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 15 nov. 2014.

KOCHAR, M. S.; WOODS, K. D. **Controle da hipertensão: para enfermeiras e demais profissionais de saúde**. 2. ed. São Paulo: Andrei, 2003. 317 p.

MARTINS, I.S. et al. Atherosclerotic cardiovascular disease, lipemic disorders, hypertension, obesity and diabetes mellitus in population of a metropolitan area of southeastern Brazil: III – Hypertension. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo; v.31, n.5, p.466-71, 1997.

MCGREGOR, GA. et al. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. **Journal of Human Hypertension** 2009; v 23,p363-84.

MION JR, D. et al. Hipertensão Arterial: abordagem geral. Projeto Diretrizes **AMB/CFM** 2002. Disponível em: <http://www.amb.org.br/>. Acesso em: 11 jun. 2006.

PEREIRA M., et al. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **J Hypertension**. 2009; v.27, p 963-75.

PROGRESS Collaborative Group. Randomised trial of a perindopril based blood pressure lowering regimen among 6,105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. **Lancet** 2001, v 358, p 1033-1041.

RIBEIRO, Amanda Gomes; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; RIBEIRO, Sônia Machado Rocha. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-17, Jan. 2012.

ROSARIO, T.M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em nobres. **Arq Bras Card**. 2009. v.93, p. 672-8.

SLEIGHT. P, et al. ONTARGET investigators. Prognostic value of blood pressure in patients with high vascular risk in the Ongoing Telmisartan Alone and in combination with Ramipril Global Endpoint Trial study. **J Hypertens** 2009; 27:1360-1369.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2010, v 95(1 supl.1)p 1-51.

XIMENES NETO, F. R.; MELO J. R. Controle da hipertensão arterial na atenção Primária em saúde - uma análise das práticas do Enfermeiro. **Enfermeria Global**2005. v.1, n. 6, p. 1-16. Acesso em:<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/506/552>.

VASAN. RS, et al. Impact of high normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. **N Engl J Med** 2001,v 345,p1291-97.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, v. 89, n. 3, p. e24-e79, Set. 2007.



**ANEXO****FORMULÁRIO Nº \_\_\_\_\_****I- DADOS PESSOAIS:**

Data da avaliação: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ anos

Peso (Kg): \_\_\_\_\_ Estatura (cm): \_\_\_\_\_

IMC (kg/m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_ Percentil: \_\_\_\_\_

Estado Nutricional: \_\_\_\_\_

Circunferência da Cintura: \_\_\_\_\_

Pressão arterial sistólica: \_\_\_\_\_

Pressão arterial diastólica: \_\_\_\_\_

**II- DADOS RELATIVOS ÀS DOENÇAS:**

1– Algum de seus familiares teve ou tem problema cardíaco?

Sim -----

Não-----

2 – Nos últimos três meses, qual é o seu nível de stress ou tensão?

Estou gerenciando bem as pressões do dia-a-dia e procuro relaxar para que a tensão não se instale -----

De forma geral, lido bem com as pressões do dia-a-dia, mas determinadas situações fazem com que eu me sinta tenso-----

Estou vivendo várias situações que me levam ao stress-----

Sinto-me extremamente estressado/tenso. Estou no meu limite -----

3– Apresenta algum distúrbio do sono?

Sim-----

Não-----

4 – É fumante? :

Sim ----

Não----

5 – Já foi fumante e parou?

Sim -----

Não -----

6 – Faz algum tipo de dieta alimentar? :

Sim dieta ----

Não-----

7 – Possui o hábito de ingerir bebidas alcoólicas? :

Sim -----

Não----

8 – Pratica algum tipo de atividade física regular?

Sim -----

Não-----