

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

ORIEL RODRIGUEZ CASTELLON

**ESTUDO SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA
DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE BEIRA RIO EM
FRANCISCO BADARÓ - MINAS GERAIS**

**DIAMANTINA - MINAS GERAIS
2016**

ORIEL RODRIGUEZ CASTELLON

**ESTUDO SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA
DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE BEIRA RIO EM
FRANCISCO BADARÓ - MINAS GERAIS**

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

**DIAMANTINA - MINAS GERAIS
2016**

ORIEL RODRIGUEZ CASTELLON

**ESTUDO SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA
DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE BEIRA RIO EM
FRANCISCO BADARÓ - MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Profa. Dra. Marília Rezende da Silveira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 20 de junho de 2016.

DEDICATÓRIA

Às minhas sempre amadas e queridas: Filha e Família, que foram os meus grandes primeiros educadores e que no meu caminho muito me apoiaram. É dedicado ainda aos meus companheiros e amigos que contribuíram para a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Impõe-se agradecer a todos que de alguma forma contribuíram para a elaboração deste trabalho. Apraz-me agradecer de maneira especial à Equipe de Saúde da Família Beira Rio, à Secretaria de Saúde de Francisco Badaró, a todos os professores e tutores que com muita paciência, carinho e compreensão me deram forças e conhecimentos para vencer os obstáculos e concluir mais uma etapa.

“Determinação coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho”.

Dalai Lama

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é considerada uma doença crônica degenerativa e representa sério problema de saúde, com ampla incidência em indivíduos adultos podendo levar a complicações cardiovasculares, doença cérebro vascular e doença renal crônica. Na Unidade Básica de Saúde de Beira Rio identificou-se, por meio do diagnóstico situacional, alta incidência de hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência. Este estudo objetivou elaborar um projeto de intervenção para reduzir a incidência da hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência da equipe Beira Rio no município de Francisco Badaró. Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional, fundamentado por uma revisão narrativa da literatura sobre hipertensão arterial, na Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores: Hipertensão, idosos e Estratégia Saúde da Família. Por meio desta proposta de intervenção espera-se um enfrentamento da situação existente, com conseqüente diminuição da prevalência de hipertensão arterial e de suas complicações.

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

ABSTRACT

Hypertension is considered a degenerative and chronic disease represents serious health problem, with huge incidence in adults and may lead to cardiovascular complications, brain vascular disease and chronic kidney disease. The Basic Health Unit of Beira Rio identified through situational diagnosis, high incidence of hypertension in the coverage area. This study aimed to elaborate a project of intervention to reduce the incidence of hypertension in area Beira Rio team in the municipality of Francisco Badaró. For the development of the contingency plan was used the method of the Situational Strategic Planning, based on a narrative review of the literature on hypertension, in the Virtual Health Library, with the keywords: hypertension, the elderly and the family health strategy. Through this intervention proposal expected a confrontation of the existing situation, with consequent decrease in the prevalence of hypertension and its complications.

Keywords: Hypertension. Health education. Primary health care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	JUSTIFICATIVA	16
3	OBJETIVO	18
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	19
5	REVISÃO DE LITERATURA	20
5.1	Aspectos gerais da hipertensão arterial sistêmica	20
5.2	Adesão ao tratamento	24
6	PROJETO DE INTERVENÇÃO	26
6.1	Identificação dos problemas	26
6.2	Priorização dos Problemas	26
6.3	Descrição do Problema	26
6.4	Explicação do problema	27
6.5	Identificação dos nós críticos	27
6.6	Desenho das operações	27
6.7	Identificação dos recursos críticos	29
6.8	Análise da viabilidade	29
6.9	Elaboração do plano operativo	30
6.10	Gestão do plano	30
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
	REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

O município de Francisco Badaró pertence ao Estado de Minas Gerais e possui limites geográficos com Chapada do Norte, Berilo, Araçuaí, Jenipapo de Minas e Virgem da Lapa. Trata-se de uma cidade pequena cuja população estimada para 2014 era de 10.244 habitantes, sendo 5.275 homens e 4.969 mulheres. Do total da sua população residente nas zonas urbana e rural é de 3.194 habitantes 7.050 habitantes, respectivamente (FRANCISCO BADARÓ, 2015).

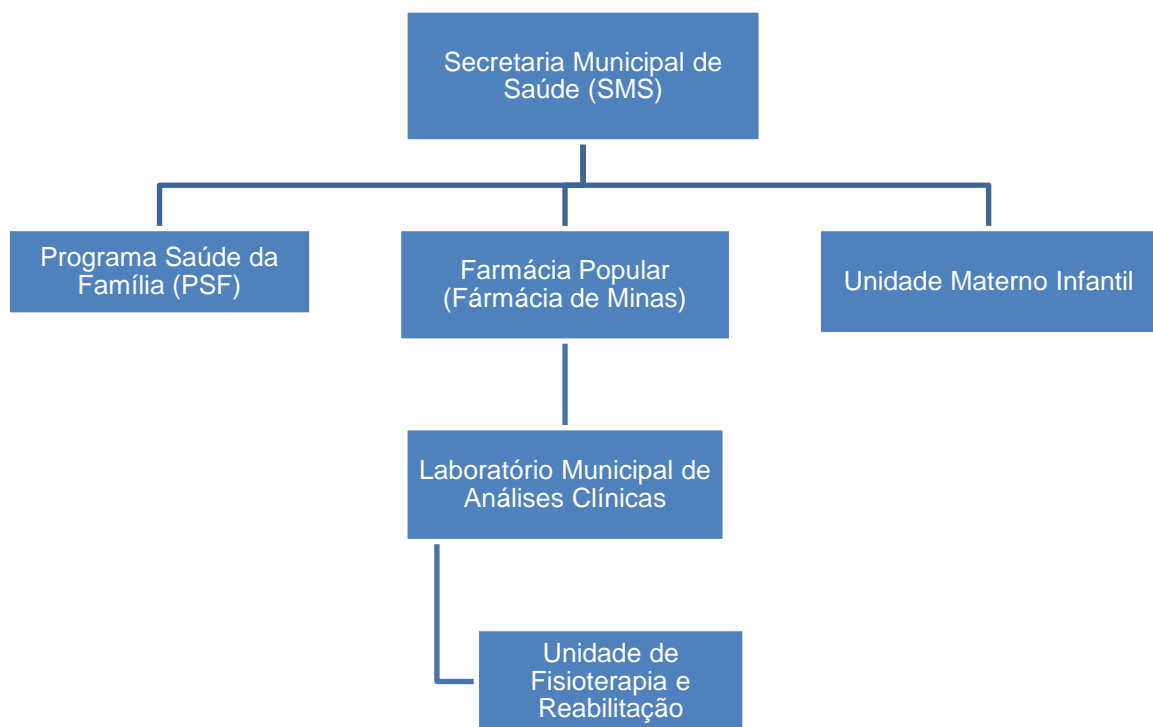
A história do município começa no ano de 1.730, com a chegada dos bandeirante Antônio de Farias e Atanásio Couto, à procura de ouro e outras pedras preciosas no período da mineração. O povoado denominado Sucuriú surgiu, em consequência de um açude que Atanásio Couto mandou construir a 1 km de onde hoje é a cidade. Segundo tradição, o nome é atribuído também ao fato de que durante uma festa no lugarejo, apareceu uma cobra sucuriú vinda do rio Setubal. Em 1948, o povoado passou a ser chamado Francisco Badaró - em homenagem ao ilustre político de Minas Novas. O município foi emancipado em 30 de dezembro de 1962 (IBGE, 2014).

Em Francisco Badaró existem 2.911 famílias que vivem numa área total de 461,345 km², onde a densidade demográfica é de 22,21 hab./km². Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Índice de Desenvolvimento Humano de Francisco Badaró em 2010 era de 0,622. Já o Produto Interno Bruto (PIB) da cidade era em 2013 de R\$ 4.740,84 reais *per capita* (IBGE, 2014).

O badaroense, nome gentílico, depende economicamente do comércio, agricultura familiar e pecuária, sendo que aproximadamente 100% da população é servida de luz elétrica.

Em relação ao saneamento básico, os domicílios abastecidos por água somam 1.378 unidades. Em contrapartida, aproximadamente 10% da população não tem acesso à água tratada. O sistema de esgoto mais utilizado para o destino das fezes e urina é a fossa séptica, que atende a mais ou menos 70% da população, sendo que o restante da população (30%) convive com esgoto a céu aberto (FRANCISCO BADARÓ, 2015).

A estrutura de saúde do município iniciou-se com o Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1999. Atualmente, o município possui a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), uma equipe de saúde da família que funciona na zona urbana e duas na área rural. Conta com: Unidade Materna Infantil, Farmácia Popular (Farmácia de Minas), Laboratório Municipal de Análises Clínicas e Unidade de Fisioterapia e Reabilitação. O organograma abaixo representa a organização das estruturas de saúde existente no município:



Fonte: FRANCISCO BADARÓ, 2015.

A equipe de saúde da família Beira Rio está lotada em uma unidade, construída pela prefeitura municipal, dotada de boa estrutura física para o atendimento aos usuários que precisam dos serviços de saúde, como atendimento odontológico, curativos, vacinas e consulta médica.

Para atender os usuários da zona rural foram construídas unidades básicas de saúde que irão atender os usuários nas comunidades da Vila São João e Cemitério

de Adão. O transporte para a zona rural é feito em carros da Secretaria Municipal de Saúde uma vez por semana, e nos demais dias da semana as pessoas das comunidades podem ser atendidas na Unidade Básica de Saúde “Sebastião de Sales Figueiro” no Bairro Bela Vista.

A equipe Beira Rio foi criada em 2005 e presta atendimento a 756 famílias, totalizando 2.869 usuários, entre as zonas urbana e rural. Ela é constituída de dois médicos, um enfermeiro, um dentista, dois técnicos de enfermagem, dois técnicos de saúde bucal e onze agentes comunitários de saúde (ACS). Além disso, um psicólogo presta atendimento aos usuários adscritos a todas as equipes existentes no município.

A visita domiciliar na zona rural é agendada por agentes comunitários de saúde, dependendo das necessidades dos pacientes: sejam acamados ou com necessidades especiais que os impedem de ir à UBS, ou seguimento de doenças que precisem de sua evolução freqüente.

Os atendimentos de urgência e emergência são feitos na Unidade Materno Infantil do município, onde se tem a presença de um médico plantonista; quando necessário o paciente é encaminhado na ambulância para o hospital de Araçuaí.

O Consorcio Intermunicipal de Saúde Médio Jequitinhonha (CISMEJE) possibilita o encaminhamento para especialista, tendo como referência o hospital de Araçuaí ou para Belo Horizonte, de acordo com a necessidade.

Um dos fatores que dificulta o trabalho da equipe é que ao encaminhar os pacientes, pelo sistema de referência e que quando atendidos o sistema de contrarreferências não funciona adequadamente, gerando novas consultas na unidade e sem a conformação do diagnóstico em tempo hábil.

Os medicamentos estão disponíveis na farmácia popular, mas existem ocasiões em que podem faltar alguns, porém são rapidamente repostos.

Um fator facilitador do processo de trabalho é a equipe multiprofissional, composta por psicólogo, nutricionista, trabalhador social, médico e enfermagem.

As pessoas que residem no município estão principalmente envolvidas na agricultura e em seu tempo livre se reúnem em bares para jogar ou assistir televisão. Nas comunidades rurais onde a equipe presta serviços em saúde existem festas típicas em datas especiais onde praticamente todos são da religião católica, sendo que cada comunidade possui uma igreja onde se celebram as missas.

Quando a equipe precisa realizar ações em saúde, as mesmas são realizadas em unidades de saúde e pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (Vila São João, Posto de Saúde Cemitério de Adão, UBS Beira Rio no bairro Bela Vista), além de locais adaptados nas comunidades.

A equipe de saúde relacionou todas as instituições da cidade, bem como os comerciantes, líderes comunitários, instituições religiosas; além disso, aumentou o diálogo com as pessoas no ato das visitas domiciliares, reconhecendo os principais problemas de saúde.

A equipe Beira Rio é responsável por ações preventivas e curativas e para isso a equipe trabalha no horário de 07h00min a 17h00min no bairro Bela Vista. As principais ações desenvolvidas pela equipe são a consulta médica e preventiva, visitas domiciliares, programas de vacinação, atendimento odontológico e preventivo da saúde bucal; programa de prevenção de câncer de colo uterino além de atendimento psicológico.

A equipe é responsável por promover ações de saúde no modelo de atenção primária integrada com a gestão pública do município em benefício da população de forma ética e humanizada, com compromisso social e qualidade técnica. Assim, as ações em atenção básica, exercidas pelas equipes de saúde da família, necessitam da equipe multiprofissional, um processo de trabalho diferenciado, onde são requeridos o vínculo com a clientela adscrita, a boa comunicação e o compromisso, levando em conta diversidade étnica, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

Conforme citado anteriormente, a equipe Beira Rio também presta serviço a alguns usuários na área rural do município, sendo responsável pela Vila São João,

Pacheco, Itapicuru, Cemitério de Adão, Córrego do melado, Água Limpa de Trás; Macucos, Cachoeira e Bela Vista.

Em relação à faixa etária na área de abrangência da equipe Beira Rio, o número de pessoas do sexo masculino é relativamente maior que o do sexo feminino, o que se repete quando observada a idade. Assim, nos registros da equipe foi encontrada a estratificação em relação à idade, representada na tabela abaixo.

Tabela 1 – População da na área de abrangência da equipe Beira Rio por faixa etária / sexo / ano – 2014.

Faixa Etária	< de 1ano	1- 9anos	10-19 anos	20-59 anos	60 anos e mais	Total
Masculino	10	115	224	957	240	1546
Feminino	8	103	214	758	240	1323
Total	18	218	438	1715	480	2869

Fonte: Secretaria de Saúde de Francisco Badaró, 2015.

Outro dado importante observado na análise situacional foi o comportamento das doenças mais freqüentes que afetam os usuários na área de abrangência da equipe e que estão sintetizados na tabela 2.

Tabela 2 - Doenças mais frequentes na população da área de abrangência da equipe Beira Rio – ano- 2014

Faixa Etária	Álcool	D.Chagas	Deficientes	Diabetes	Epilepsia	HAS
0-14 anos			01		01	
>15 anos	40	57	91	65	24	478
Total	40	57	92	65	25	478

Fonte: Secretaria de Saúde de Francisco Badaró, 2015.

O número de pessoas cadastradas na área de abrangência da equipe Beira Rio se agrupa em 756 famílias, sendo que deste total, 305 delas vivem do recurso do Programa Bolsa Família e 522 estão inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais (CAD único). Quase toda a população é servida por energia elétrica.

Em relação à escolaridade, aproximadamente 90% dos adolescentes vão à escola e na faixa de idade a partir de 15 anos aproximadamente 80% são alfabetizados.

As famílias adscritas, em 90% de sua totalidade, fazem o tratamento de água para consumo no domicílio, onde a filtração é o recurso mais usado e a cloração atinge somente algumas pessoas.

Os dados do diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Beira Rio do município Francisco Badaró confirmaram os dados do SIAB, isto é mostraram a alta incidência de pessoas, principalmente idosas, com hipertensão arterial sistêmica o que nos levou a construção de um projeto de intervenção buscando melhorar a qualidade de vida dos hipertensos de nossa unidade.

2 JUSTIFICATIVA

Justifica-se a escolha do tema deste trabalho, pelo número significativo de pacientes que estão diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na área de abrangência da equipe Beira Rio em Francisco Badaró. Essa situação é crescente e sua detecção quase sempre é tardia, acometendo aproximadamente 40% da população adscrita e com mais de 15 anos; é o problema de saúde que mais motiva consultas na equipe Beira Rio.

Em nossa área de abrangência temos dificuldades com o acompanhamento dos pacientes hipertensos. A comunidade é predominantemente rural, com baixo nível cultural e muitas pessoas analfabetas ou semianalfabetas o que contribui para que as pessoas apresentem dificuldades em compreender a importância das mudanças de estilos de vida, assim como da alimentação. Também as comunidades ficam longe da ESF e é difícil o acesso; com isso, muitas vezes, as pessoas hipertensas ficam sem consumir os remédios por vários dias o que faz com que se descompensem e por que ter que trabalhar não procuram os serviços médicos para evitar complicações.

A doença é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV) e cerebrovasculares, que são a maior causa de mortalidade e muitas vezes associadas a um curso silencioso, o que implica no atraso do início do tratamento, podendo levar a desfechos desfavoráveis (BRASIL, 2009).

Muitos pacientes com hipertensão arterial sistêmica podem ser tratados nos serviços de atenção básica à saúde, pois o diagnóstico da HAS é fácil e utiliza tecnologia simples. Muitos podem ser controlados com medicamentos eficazes e estão disponíveis no SUS ou são de baixo custo (BRASIL, 2009). Em alguns casos, as medidas de tratamento não medicamentoso possibilitam o controle da pressão arterial, dispensando o tratamento medicamentoso.

Na área de abrangência da equipe Beira Rio a população em geral tem hábitos inadequados de vida que constituem fatores de risco para a HAS, como: alimentação inadequada, consumo excessivo de sal, gorduras e açúcar, pouco

consumo de frutas e vegetais, sedentarismo, não realizam atividade física, tabagismo e consumo excessivo de álcool.

Assim, a implementação de ações educativas podem melhorar de maneira significativa a qualidade de vida dos usuários, pelo fortalecimento das relações desta população com o serviço prestado pela equipe, contribuindo com a atenção integral ao usuário, promovendo a saúde e a prevenção de doenças e agravos.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para reduzir a incidência da hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência da equipe Beira Rio no município de Francisco Badaró - Minas Gerais.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para esta proposta, foi realizado o diagnóstico situacional com o reconhecimento do território e a observação ativa do mesmo, identificando os principais problemas enfrentados pela equipe em sua rotina de trabalho. Outras informações usadas foram obtidas em leitura de prontuários, visitas domiciliares aos pacientes, diagnóstico conclusivo para HAS, reuniões com profissionais de saúde da equipe e estudo dos dados disponíveis nas fichas A. Este trabalho será possível com a ajuda da equipe multidisciplinar, de gestores do município e da comunidade.

A proposta deste trabalho é um projeto de intervenção a ser realizado no território da equipe Beira Rio no município Francisco Badaró. O método escolhido foi o do Planejamento Estratégico Situacional (PES) estudado no módulo de “Planejamento e avaliação das ações em saúde”, oferecido pelo Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Além disso, na construção desta proposta, foram utilizadas publicações disponíveis nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, *ScientificElectronic Library Online* (SCIELO), dentre outros, onde os textos e os artigos foram selecionados conforme sua relevância e aplicabilidade.

Como descritores foram utilizados: Educação em saúde; Hipertensão; Atenção primária à saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Aspectos gerais da hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica caracterizada pela elevação dos níveis normais de pressão arterial, multifatorial que está frequentemente associada 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” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.1). Aziz (2014) reafirma que ela acarreta alterações em todo o sistema cardiovascular e outros órgãos podendo originar cardiopatias, nefropatias e retinopatias hipertensivas e ainda pode contribuir como fator de risco para doenças aterotrombóticas.

No mundo, uma das doenças mais prevalentes é hipertensão arterial sistêmica; na população adulta brasileira sua prevalência é de 22,3 a 43,9% (WEBER; OLIVEIRA; COLET, 2014). Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), 54% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% de doença isquêmica do coração são decorrentes da HAS no mundo.

Estudos epidemiológicos sobre HAS, relatados por Barbosa *et al.* (2008), estimam que nas regiões brasileiras sul e sudeste acima de 25% da população é hipertensa e que a prevalência de HAS na capital do Mato Grosso do Sul em 2005 foi de 41,1%.

A América Latina vivencia uma transição epidemiológica e neste contexto a hipertensão arterial tem maior relevância como causa de doença cardiovascular considerada doença aterosclerótica e estabelecida como a epidemia do século XXI. A mortalidade cardiovascular representa 26% de mortes por todas as causas e acredita-se que este aumento é devido à crescente prevalência de fatores de risco (OPAS, 2010).

De acordo com a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007, p.34-35):

Em estudos populacionais, a pressão arterial tem relação direta com o risco de morte e de eventos mórbidos. Os limites de pressão arteriais considerados normais são arbitrários e, na avaliação dos

pacientes, deve-se considerar também a presença de fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e doenças associadas. A acurácia do diagnóstico de hipertensão arterial depende fundamentalmente dos cuidados dispêndios nas medidas da pressão arterial. Minimizam-se, assim, os riscos de falsos diagnósticos, tanto da hipertensão arterial quanto da normotensão, e suas repercussões na saúde dos indivíduos e no custo social envolvido.

O conceito de hipertensão arterial sistêmica engloba, atualmente, diversas doenças com múltiplos mecanismos fisiopatológicos. Considera-se que fatores ambientais e diversos genes contribuem para o início e a manutenção da pressão arterial elevada. A HAS é mais comum e mais grave em pessoas de etnia negra, devido provavelmente a fatores genéticos (DUNCAN *et al.*, 2013). A Organização Mundial de Saúde (OMS), de acordo com a nova tipologia, classifica as doenças em agudas e crônicas, incluindo a hipertensão arterial sistêmica que é uma doença crônico degenerativa pelo qual é considerada uma condição crônica de saúde (MINAS GERAIS, 2013).

Santos e Moreira (2012) reforçam o que foi dito anteriormente ao afirmarem que a hipertensão arterial sistêmica constitui fator de risco para complicações e doenças cardiovasculares na sociedade contemporânea, incluindo “morte súbita, edema agudo de pulmão, insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE)”, respondendo por 54% das mortes por AVE e 47% por IAM. Para Miranzi *et al.* (2008, p.673), “as complicações resultantes do diagnóstico tardio da hipertensão ou da não adesão ao tratamento podem demandar em internações e custos hospitalares” para a pessoa e para o Sistema Único de Saúde.

Como se sabe, o diagnóstico da HAS é realizado pela detecção de níveis elevados da pressão arterial. Entretanto, não se devem considerar apenas os níveis tensionais, mas também “o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as com morbidades associadas”. Embora o diagnóstico seja simples de se fazer, é importante ter cuidado para não rotular alguém como hipertenso, com apenas uma aferição da pressão arterial, pois há o risco de um diagnóstico falso-positivo, como também pela “repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante” (BRASIL, 2006, p.14).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.14),

Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevada em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais. A aferição repetida da pressão arterial em dias diversos em consultório é requerida para chegar a pressão usual e reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial ante a simples presença do profissional de saúde no momento da medida da PA.

Nobre *et al.* (2013, p262) salientam que o diagnóstico da HAS deve “ser sempre acompanhado de uma estratificação do risco inerente a cada paciente e que transcende o valor absoluto obtido com a medida da PA”.

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica que está associada a diversos fatores de riscos, incluindo os não modificáveis e os que podem ser modificáveis. Os fatores não modificáveis incluem os genéticos, idade, gênero e etnia. Entre os modificáveis estão os associados ao estilo de vida, como, sobrepeso e obesidade, ingestão de sal, uso excessivo de álcool, sedentarismo e fatores socioeconômicos, embora esses últimos sejam difíceis de serem estabelecidos (MINAS GERAIS, 2013).

Depois de diagnosticada a HAS, deve-se instituir o tratamento específico, que pode ser mudando os hábitos e estilos de vida, farmacológico ou tratando as causas que produzem esta doença.

Considerando que a hipertensão arterial sistêmica tem alta prevalência e grande determinante de risco, deve-se realizar um controle efetivo das cifras tensionais do paciente para minimizar o seu impacto nos órgãos-alvo. Assim, deve-se “optar por uma terapia anti-hipertensiva que leve ao controle das cifras pressóricas, sem levar a um maior consumo de oxigênio por parte do miocárdio” (KALIL, 2013, p.104).

A decisão terapêutica deve-se basear-se não apenas nos níveis pressóricos, mas também no risco cardiovascular que a pessoa apresenta considerando os fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida. “Em pacientes com riscos médios, altos ou muito altos, independentemente da PA, a abordagem deve ser combinada (não-medicamentosa e medicamentosa) para se atingir a meta

preconizada o mais precocemente” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.14).

O tratamento medicamentoso visa à redução da morbimortalidade cardiovascular e deve ser individualizado em busca da qualidade de vida da pessoa hipertensa. A escolha adequada do medicamento para o tratamento da hipertensão arterial baseia-se na experiência acumulada em grandes estudos de longa duração. Atualmente existem disponíveis sete classes de medicações anti-hipertensivas no mercado brasileiro (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004).

É importante ressaltar que mais de dois terços dos pacientes hipertensos não atingem níveis pressóricos ideais com apenas uma droga anti-hipertensiva e necessitarão de duas ou mais drogas de classes diferentes para atingir o controle ideal dos níveis pressóricos. O tratamento da hipertensão arterial se inicia com as mudanças no estilo de vida. Se com essas medidas não forem atingidos níveis pressóricos adequados, institui-se a terapia medicamentosa. A droga de escolha para a maioria dos pacientes portadores de hipertensão arterial primária não complicada é um diurético tiazídico, associado ou não a outra classe de anti-hipertensivo (CHOBANIAN *et al.*, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No controle da hipertensão arterial sistêmica e suas complicações são essenciais a utilização de medidas preventivas, o diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica adequada. Modificações no estilo de vida são fundamentais no controle da HAS; incluem-se a redução do peso corporal, exercícios físicos regulares, alimentação saudável com redução de sal, de açúcares e de gorduras saturadas, gorduras trans e colesterol; frutas e vegetais devem fazer parte do esquema alimentar. O fumo e o consumo de álcool devem ser abandonados ou pelo menos reduzidos (MORAES; SOUZA, MIRANDA, 2013).

Essas mudanças no estilo de vida incluindo dietas e atividades físicas são consideradas por Santos e Vasconcelos (2013) como pilares do tratamento.

5.2 Adesão ao tratamento

Para Souza e Yamaguchi (2015), adesão terapêutica significa seguir o tratamento proposto pelos profissionais de saúde, ou seja, compreende o grau de conhecimento e comprometimento do paciente diante das recomendações terapêuticas.

Conforme enfatizado na justificativa desse trabalho, a adesão das pessoas na área de abrangência da equipe de saúde Beira Rio ao tratamento da HAS é quase nula, representando um grande desafio.

Nobre *et al.* (2013, p.268) enfatizam que a baixa adesão das pessoas ao tratamento da HAS é alarmante e “o nível de controle dos pacientes tratados não é mais animador do que a falta de continuidade com relação às condutas e tratamentos propostos”.

Os autores Nobre *et al.* (2013) relacionam os principais fatores que concorrem para a não adesão ao tratamento em quatro grupos: pacientes, tratamento, instituição e profissional.

Fatores relacionados ao paciente: concepções distorcidas sobre a doença, fatores de risco e o tratamento; não compreende as orientações da equipe de saúde; sente-se incapaz de dar continuidade ao tratamento, prioriza outras atividades ou preocupações, não acredita no benefício do tratamento.

Fatores relacionados ao tratamento: esquemas complexos, acesso ao medicamento, efeitos indesejáveis, resultados em longo prazo, entre outros.

Fatores relacionados à Instituição: acesso ao serviço de saúde, distância, tempo de espera e duração do atendimento.

Fatores relacionados ao profissional de saúde: pouca cordialidade, não demonstra interesse, impessoal e linguagem técnica; atende rapidamente e com interrupções, não escuta as dúvidas e preocupações do paciente, orienta de maneira inadequada e apressada, entre outros.

Souza e Yamaguchi (2015) corroboram nesse sentido ao afirmarem que a não adesão ao tratamento da hipertensão está relacionado a vários motivos, como como

a ausência de sintomas, considerando que a hipertensão é na maioria das vezes silenciosa, complexidade do esquema terapêutico e custo do medicamento. Esses motivos dizem respeito a características da pessoa e da doença, hábitos sociais e culturais, efeitos indesejáveis e esquemas difíceis dos medicamentos prescritos, acesso aos serviços de saúde, tempo de espera e de atendimento e relacionamento com a equipe de saúde.

Acredita-se que a educação em saúde é um instrumento essencial para se trabalhar a adesão da pessoa ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, principalmente na atenção primária à saúde. Segundo Carneiro *et al.* (2012, p.115), “a educação em saúde é um dos principais dispositivos para viabilizar a promoção da saúde na atenção primária à saúde no Brasil”.

Nesse sentido, Amaral, Tesser e Müller (2013, p.198) consideram que os grupos são importantes ferramentas na educação em saúde, “uma vez que a forma como a informação é ou pode ser trabalhada neles apresenta vantagens em relação a consulta individual em diversos aspectos, segundo profissionais entrevistados”.

Portanto, ao se planejar uma intervenção para o enfrentamento de um problema de saúde na comunidade é indispensável incluir as ações educativas em saúde.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1 Identificação dos Problemas

Os principais problemas encontrados em minha área de abrangência são:

- Elevado índice de hipertensos;
- Alta incidência de gravidez na adolescência;
- Elevada incidência de verminoses na população;
- Consumo de água não tratada.

6.2 Priorizações dos Problemas

Quadro 1 - Priorização dos Problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Elevado índice de hipertensos	Alta	8	Parcial	1
Alta incidência de gravidez na adolescência	Alta	7	Parcial	2
Elevada incidência de verminoses	Alta	6	Parcial	3
Consumo de água não tratada	Alta	6	Fora	3

6.3 Descrições do problema selecionado

Problema: Elevada incidência de hipertensos da população na área de abrangência da ESF.

Este é um problema que afeta o município de Francisco Badaró em geral e em nossa ESF a hipertensão arterial sistêmica é causa de consulta diária. Temos um número de 578 hipertensos diagnosticados e acompanhados com algumas

dificuldades por problemas culturais, geográficos e econômicos, sendo 322 homens e 256 mulheres dos quais 162 são maiores de 60 anos.

6.4 Explicação do problema selecionado

A hipertensão arterial sistêmica, de acordo com Nobre *et al.* (2013, p.259), “é uma síndrome poligênica e compreende aspectos genéticos, ambientais, vasculares, hormonais, renais e neurais”, sendo que alguns são modificáveis como: hábitos alimentares incluindo o excesso de sal, sedentarismo, obesidade.

As principais causas que contribuem para o elevado índice de hipertensos na área de abrangência da equipe estão associadas a:

- Hábitos e estilo devidos inadequados;
- População pouco informada sobre os fatores de risco;
- Condições econômicas e sociais desfavoráveis;
- Hábitos alimentares inadequados;
- Analfabetismo;
- Não adesão aos tratamentos propostos;
- Estresse constante.

6.5 Seleção dos “nós críticos”

Das causas relacionadas ao problema selecionado, foram definidos como principais “nós críticos”:

- Hábitos e estilo de vida inadequada;
- População pouco informada sobre os fatores de risco;
- Não adesão aos tratamentos propostos.

6.6 Desenho das operações

Quadro 2 – Desenho das operações

Nós críticos	Operações/ Projetos	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Hábitos e estilo de vida devidos inadequados	Hábitos e estilo de vida saudáveis Mudar hábitos e estilos da vida da população	Estilo de vida saudável	Controlar todos os hipertensos corretamente e atuar em fatores de risco	Que toda a equipe tem conhecimento dos fatores de riscos e trazer ações para eliminá-los; realizar palestras com a população encaminhadas a mudar hábitos e estilos de vida.
Não adesão aos tratamentos propostos	Tratamento indicado Fazer com que os pacientes conclua os tratamentos indicados e diminuam a quantidade de hipertensos na população	Diminuição de índice de hipertensos na população	Capacitação da equipe sobre a doença e como atuar sobre os fatores de risco para sua diminuição	Equipe de trabalho com conhecimento da população.
População pouco informada sobre os fatores de risco	Fatores de risco Aumentar o controle sobre os fatores de risco que influenciam a doença	Ter uma população com mais conhecimento da doença	Fazer atividades educativas começando desde idades cedo para lograr maior conhecimento da doença.	Equipe com bom conhecimento da doença, apoio político e de a comunidade.

6.7 Identificação dos recursos críticos

Quadro 3 - Identificação dos recursos críticos

Operações /Projetos	Recursos Críticos
Hábitos e estilo de vida saudáveis Mudar hábitos e estilos da vida da população	Organização de palestras. Informação sobre o tema e estratégias de comunicação.
Tratamento indicado Concluir o tratamento indicado	Controle dos pacientes identificados com a doença
Fatores de risco Aumentar o controle sobre os fatores de risco que influenciam a doença	Palestra sobre o controle e diminuição de fatores de risco

6.8 Análise da Viabilidade do Plano

Quadro 4 – Análise da viabilidade do plano

Operação /Projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos		Operações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Hábitos e estilo de vida saudáveis Mudar hábitos e estilos da vida da população	Para organizar as palestras. Informação sobre o tema e estratégias de comunicação Intersetorial.	Equipe de saúde. Setor de comunicação social. Secretária de Saúde.	Favorável. Indiferente Favorável	
Tratamento indicado Fazer complementação da medicação indicada	Controle sistemático dos pacientes com doença de hipertensão	Equipe de saúde.	Favorável.	
Fatores de risco Aumentar o controle sobre os fatores de risco que influenciam a doença	Conhecimento sobre o tema.	Equipe de saúde.	Favorável.	

6.9 Elaboração do plano operativo

Operações/projetos	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
Hábitos e estilo de vida saudáveis Mudar hábitos e estilos da vida da população	Estilo de vida saudável	Controlar todos os hipertensos corretamente e atuar em fatores de risco	Palestras, capacitação dos profissionais, atividades em grupos e campanha educativa na rádio local.	Equipe de saúde NASF	3 meses para o início das atividades
Tratamento indicado Fazer complementação da medicação indicada	Diminuição de índice de pacientes hipertensos na população	Capacitação da equipe sobre a doença e como atuar sobre os fatores de risco para sua diminuição	Vigilância farmacológica pela equipe de saúde e privilegiar os pacientes com hipertensão arterial	Equipe de saúde Farmácia e Secretaria Municipal de Saúde	Apresentar o projeto em três meses. Início das atividades em seis meses.
Fatores de risco Aumentar o controle sobre os fatores de risco que influenciam a doença.	Ter uma população com mais conhecimento da doença	Fazer atividades educativas começando desde em idades mais cedo para lograr maior conhecimento da doença.	Discutir proposta em reunião com comunidade, Secretaria Municipal de Saúde e equipe. Ações educativas com grupos.	Secretaria Municipal de Saúde e equipe de saúde. NASF	Início em 4 meses e término em 6 meses

6.10 Gestão do plano

O acompanhamento do plano será feito pela equipe em reuniões mensais e para isso serão elaboradas planilhas específicas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adesão da pessoa ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica tem sido um grande desafio para as equipes de saúde, principalmente na atenção primária à saúde e acredita-se que a educação em saúde é um instrumento essencial para se trabalhar esta questão.

Por meio da implantação deste projeto de intervenção, espera-se um enfrentamento da situação existente bem como dos de seus fatores agravantes. O intuito é de que em médio prazo possa ser sentido uma diminuição da prevalência de hipertensão arterial sistêmica e de suas complicações na área de abrangência da equipe de saúde Beira Rio e conseqüentemente uma melhoria da condição global de saúde do município.

REFERÊNCIAS

AMARAL, R. P.; TESSER, C. D.; MÜLLER, P.. Benefícios dos grupos no manejo da hipertensão arterial sistêmica: percepções de pacientes e médicos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. V.8, n.28, p.196-202, 2013.

AZIZ, J. L.. Sedentarismo e hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, v.21, n.2, p.75-82, 2014.

BARBOSA, J. B. *et al.*. Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados em São Luís - MA. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 91, n. 4, p. 260-266, 2008 .

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. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CAMPOS, F. C. C. de.; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p.

CARNEIRO, A. C. L. L. *et al.*. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica.**, v.31, n.2, p.115-120, 2012.

CHOBANIAN, A. V. *et al.*. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. **Hypertension**, v.42, n.6, p.1206-1256, 2003.

DUNCAN, B. B. *et al.*. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4 ed. Porto alegre: Artmed, 2013. 1976p.

FRANCISCO BADARÓ. Secretaria Municipal de Saúde. **Registros da equipe Beira Rio**. Francisco Badaró, 2015. (Registro de Estatística entregue na Secretaria de Saúde pelo profissional competente)

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Minas Gerais**. 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=312650&search=|francisco-badaro>> Acesso em: 18 dez. 2015.

KALIL, M. Manuseio da hipertensão na Doença Arterial Coronária. **Rev Bras Hipertens**, v.20, n.3, p.103-108, 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica**. 3 ed (atualizada). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013. 204p.

MIRANZI, S. S.C.; FERREIRA, F. S.; IWAMOTO, H. H.; PEREIRA, G. A.; MIRANZI, M. A. S.. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n.4, p.672-9, 2008.

MORAES, N. S.; SOUZA, J. A. G.; MIRANDA, R. D.. Hipertensão arterial, diabetes mellitus e síndrome metabólica: do conceito à terapêutica. **Rev Bras Hipertens**, v.20, n.3, p.110-1117, 2013.

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.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p.

SANTOS, J. C.; MOREIRA, T. M. M.. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev. esc. enferm. USP**, v.46, n.5, p.1125-1132, 2012.

SANTOS, T. M. P.; VASCONCELOS, S. M. L.. Ingestão dietética, excreção urinária de 24 horas de Na e K e risco cardiovascular em hipertensos. **Rev Bras Hipertens**, v.20, n.3, p.128-137, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 82, supl.4, p.4-14, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 89, n. 3, p. e24-e79, 2007.

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

WEBER, D.; OLIVEIRA, K. R. de; COLET, C. de F.. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde. **Rev Bras Hipertens**, v.21, n.2, p.114-121, 2014.