

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

**Flávia Rodrigues de França**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ELEVAR O NÍVEL DE CONTROLE  
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO ABRANGENTE DA  
ESF CAIC II EM GOVERNADOR VALADARES - MG**

Governador Valadares - Minas Gerais

2015

**Flávia Rodrigues de França**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ELEVAR O NÍVEL DE CONTROLE  
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO ABRANGENTE DA  
ESF CAIC II EM GOVERNADOR VALADARES - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>Dr<sup>ª</sup> Isabel Aparecida Porcatti de Walsh.

Governador Valadares - Minas Gerais

2015

**Flávia Rodrigues de França**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ELEVAR O NÍVEL DE CONTROLE  
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO ABRANGENTE DA  
ESF CAIC II EM GOVERNADOR VALADARES - MG**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof<sup>ª</sup>Dr<sup>ª</sup> Isabel Aparecida Porcatti de Walsh - Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro – UFTM

Examinador 2 – Prof<sup>ª</sup>. Zilda Cristina dos Santos - Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
– UFTM

*“Que os meus ideais sejam tanto mais fortes quanto maiores forem os desafios, mesmo que precise transpor obstáculos aparentemente intransponíveis. Porque metade de mim é feita de sonhos e a outra metade é de lutas”.*

*(Vladimir Maiakóvski)*

## **DEDICATÓRIA**

Aos profissionais da Equipe Básica da Estratégia de Saúde da Família Caic II, verdadeiros sujeitos da prática coletiva que demonstraram profundo compromisso com a qualidade da atenção prestada à população, com os quais foi possível compartilhar saberes e construir novos conhecimentos, constituindo assim num pilar fundamental para a objetivação desse trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Isabel Aparecida Porcatti de Walsh pela atenção e orientações prestadas sem as quais seria impossível a construção desse projeto.

Ao meu querido companheiro José Amilton que contribuiu enormemente na construção das idéias e na materialização de cada linha desse trabalho.

A tutora Poliana Litting que acompanhou e orientou, com muita paciência e dedicação, os primeiros passos dessa trajetória.

## RESUMO

Este projeto foi realizado a partir do trabalho na Estratégia de Saúde da Família - ESF Caic II onde, a partir de um diagnóstico situacional, identificou-se como um dos principais problemas de saúde dessa população a alta prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e um nível alarmante de descontrole. Esta análise situacional foi possível através da observação na prática clínica diária dos casos que se apresentavam com níveis elevados de pressão arterial (valores pressóricos acima das metas esperadas, emergências hipertensivas e, predominantemente, as urgências hipertensivas), observação de dados dos prontuários, reuniões e diálogos com a equipe básica, a partir dos quais a HAS foi apontada como o problema de maior relevância presente nessa unidade. Com o objetivo de conhecer os principais fatores determinantes para o controle desta, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema, onde fundamentou-se as ações propostas neste trabalho. Realizou-se um paralelo entre a análise da realidade da população hipertensa da área de abrangência da ESF Caic II com o embasamento teórico científico acerca da HAS, propondo-se um plano de ação com atividades fundamentalmente de promoção e educação para a saúde, focadas na resolução dos nós críticos que levam a este problema. Espera-se que a implementação das ações aqui propostas alcance o objetivo que consiste no controle efetivo da HAS nesse território, com vista, a médio e longo prazo, na diminuição das complicações advindas da doença e, conseqüentemente, na elevação da qualidade de vida dessa população.

Palavras chaves: Hipertensão Arterial, Educação em saúde, Estratégia de Saúde da Família

## **ABSTRACT**

This Project was carried out from the work in the Family Health Strategy - ESF CAIC II where, from a situational diagnosis, was identified as a major health problem in this population the high prevalence of systemic hypertension (SH) and an alarming lack of control. This situational analysis was possible by observing in clinical practice cases that presented high blood pressure (blood pressure values above the expected goals, hypertensive emergencies and predominantly hypertensive urgencies), observation of the medical records, meetings and dialogues with the basic health team, from which hypertension was identified as the most relevant problem on that unit. In order to know the main factors to control this, a literature review was performed on the subject, which are based the actions here proposed. It was performed a parallel between reality analysis of hypertensive population of the coverage area of the ESF CAIC II and the scientific theoretical basis about hypertension, proposing a plan of action with to fundamentally promotion activities and health education, focused on resolution of critical nodes that lead to this problem. It is expected that the implementation of proposed actions here reach the goal that is in effective control of hypertension in that territory, aimed at medium and long term, in the reduction of complications from the disease and consequently, an increase quality of life for this population.

Keywords: Hypertension, health education, Family Health Strategy

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- ACS – Agente Comunitária de Saúde
- AVC – Acidente Vascular Encefálico
- DASH – Dietary Approaches to Stop Hypertension
- DBH – Diretrizes Brasileiras de Hipertensão
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- HAS – Hipertensão Arterial sistêmica
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
- IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
- IMC – Índice de Massa Corporal
- MS – Ministério da Saúde
- NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
- PA – Pressão Arterial
- PAD – Pressão Arterial Diastólica
- PAS – Pressão Arterial Sistólica
- PES – Planejamento Estratégico Situacional
- PIB – Produto Interno Bruto
- PNUD – Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento
- SCIELO – Scientific Electronic Library Online
- SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
- SUS – Sistema Único de Saúde

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Tabela 1- Caracterização do território de Governador Valadares

Tabela 2- Índice de Desenvolvimento Humano

Tabela 3- Taxa de escolaridade 25 anos ou mais em Governador Valadares -2010

Tabela 4- IDHM - Renda e Pobreza Governador Valadares-2010

Tabela 5- Distribuição da população urbana e rural em Governador Valadares - 2010

Tabela 6- Característica da habitação -Governador Valadares - 2010

Tabela 7 - Aspectos demográficos - Famílias cadastradas na Atenção Básica -Governador Valadares – 2014

Tabela 8- Algumas modificações de estilo de vida e redução aproximada da Pressão arterial sistólica

Quadro 1- Classificação da Hipertensão arterial em Adultos

Quadro 2- Projeto Interventivo conhecendo a HAS

Quadro 3- Projeto Interventivo Bem Viver

Quadro 4- Projeto Interventivo Alimentar bem para viver melhor

Quadro 5- Projeto Interventivo Conhecendo a medicação

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	
1.1 O município de Governador Valadares	11
1.2 Caracterização socioeconômica do Município de Governador Valadares	12
1.3 Aspectos da Atenção à Saúde de Governador Valadares	15
1.4 Descrição da Estratégia de saúde da Família Caic II	16
1.5 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	17
1.6 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em Governador Valadares e na Estratégia de Saúde da Família Caic II	18
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	23
4 METODOLOGIA	24
5 DESENVOLVIMENTO	25
5.1 Fundamentação teórica	25
5.2 Proposta de intervenção	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 O Município de Governador Valadares

Governador Valadares é um município brasileiro, localizado ao leste do Estado de Minas Gerais, pertencente à Região Vale do Rio Doce, com população predominantemente urbana, estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 275.568 habitantes. (IBGE, 2013).

Distando aproximadamente 320 km da capital do estado, Belo Horizonte, a maior parte do seu território situa-se a margem esquerda do Rio Doce. A cidade é dotada de uma localização privilegiada, onde se entrecruzam três importantes rodovias, 116, 259, 381, que dá acesso ao nordeste do estado e do país, à capital mineira bem como a grandes centros como Vitória e Rio de Janeiro. O acesso à cidade também pode ser feito através da Estrada de Ferro Minas-Vitória, que além de transporte de passageiros, realiza transporte de produtos, como os minerais, de exportações e importações, além da via aérea, sendo Valadares dotada de aeroporto com voos diários para a capital mineira e outros estados (SOUZA, DIAS, 2010).

Até início do século XIX a Região Vale do Rio Doce era ocupada pelos índios botocudos, a colonização se deu quando a região foi repartida em Divisões militares, com estratégia de combater os nativos da época e instalar-se no território, para garantir a expansão dos colonos e o comércio pelos rios. Nesse contexto, constitui-se o distrito de Figueira, atual Governador Valadares. A ocupação deste território foi impulsionada pela construção da Ferrovia Vitória-Bahia, muitos nordestinos chegaram a região fugidos da seca e para trabalhar na construção da ferrovia, com a inauguração desta

[...] em torno da estação, formou-se um vilarejo onde se instalaram fornecedores da estrada de ferro e um pequeno movimento comercial. Mas, três anos depois, com a construção da ponte sobre o Rio Doce e a inauguração da estação Figueira, no dia 15 de agosto de 1910, todo o fluxo dinâmico se transfere e se consolida a posição desta via entreposto comercial da região. Com a estrada de ferro, chegaram os comerciantes e expandiram-se as plantações de café e a extração da madeira de lei” (IBGE, 2010).

Até 1940, toda a posse da terra era de pequenos proprietários e posseiros, com a extensão da pecuária, estes foram sendo expulsos do meio rural e situando-se também as margens da então cidade que estava surgindo. Um dos interesses da época era torná-la um pólo econômico, produtor de alimentos, siderúrgica e de extração e comercialização de minerais e pedras preciosas; movidas por esse interesse, a partir de 1936 foram chegando as primeiras indústrias na região provocando um desenvolvimento e um crescimento rápido da

mesma, passando de uma população de 2.013 habitantes em 1930 para mais de 70 mil em 1960. Pelo decreto-lei estadual nº148, em 1938 o município passou a denominar-se Governador Valadares (PREFEITURA DE GOVERNADOR VALADARES, 2014). Com o passar dos anos, Governador Valadares tornou-se uma das maiores cidades do estado de Minas Gerais. Conhecida atualmente como “a princesa do Vale” é referência em toda a região.

## 1.2 Caracterização socioeconômica do Município de Governador Valadares

A área territorial total do município é de 2.342, 319 km<sup>2</sup>, com uma densidade demográfica de 117 habitantes por km<sup>2</sup>. Com um PIB – Produto Interno Bruto Percapita de 13.312, 23 (2011), conta com um número aproximado de domicílio de 96.161.

Tabela 1: Caracterização do território de Governador Valadares

Área	População	Mesorregião
2357,07 km <sup>2</sup>	263689 hab.	Vale do Rio Doce
IDHM 2010	Densidade demográfica	Microrregião
0,727	111,83 hab/km <sup>2</sup>	Governador Valadares

Fonte: IBGE, 2010

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Governador Valadares é 0,727. Classificando-se na faixa de Alto Desenvolvimento Humano (IDHM entre 0,7 e 0,799). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,160), seguida por Longevidade e por Renda (IBGE, 2010).

Tabela 2: Índice de Desenvolvimento Humano

<b>IDHM educação</b>	0,644
18 anos ou mais com ensino fundamental completo	54,91%
5-6 anos na escola	91,18%
11 a 13 anos nos anos finais do fundamental ou com fundamental completo	87,09%
15 a 17 anos com fundamental completo	59,46%
18 a 20 anos com médio completo	40,90%

<b>IDHM Longevidade</b>	0,834
Esperança de vida ao nascer (em anos)	75,06
<b>IDHM Renda</b>	0,714
Renda per capita	678,74

Fonte: Pnud, Ipea e FJP, 2010

No ano de 2010, Governador Valadares ocupava a 1107<sup>a</sup> posição, em comparação aos 5.565 municípios brasileiros. Em relação aos 853 outros municípios de Minas Gerais, Governador Valadares ocupa a 96<sup>a</sup> posição (IBGE, 2010).

A escolaridade é um importante indicador para medir o desenvolvimento humano de uma cidade. Em 2010, 54,91% da população valadarense maior de 18 anos havia completado o ensino fundamental e 36,83% o ensino médio. Portanto, é significativa a redução da taxa de analfabetismo da população de 25 anos ou mais nas últimas duas décadas, reduzindo de 25% em 1991 para 13% em 2000 e para 9,5% em 2010. Lembrando que esses valores são puramente números fechados que não avaliam a qualidade da educação e muito menos o número de analfabetos funcionais existentes. A tabela abaixo ilustra a dissertativa, embora a fonte pesquisada não exemplifique o que se enquadra dentro do parâmetro “outros”.

Tabela 3: Taxa de escolaridade 25 anos ou mais em Governador Valadares – 2010

Com fundamental completo	15,9%
Médio completo	24,6%
Superior Completo	10%
Analfabetos	9,5%
Outros	40%

Fonte: Pnud, Ipea e FJP, 2010

A renda per capita da população, também se constitui como um importante marcador do IDH, em Governador Valadares cresceu 61,45% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 420,39, em 1991, para R\$ 678,74, em 2010. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00 reais de agosto de 2010) passou de 11,03% em 1991 para 6,76% em 2000 e para 3,43% em 2014.

Tabela 4: IDHM - Renda e Pobreza Governador Valadares-2010

Renda per capita	678,74
Incidência de pobreza	24,64%
Incidência de pobreza subjetiva	16,90%

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002/2003. Censo demográfico IBGE 2010

A população de Governador Valadares é predominantemente urbana, tendo apenas 3,94% de pessoas vivendo no campo. Seria lógico afirmar que essa realidade, também vista no contexto de todo o território brasileiro, é fruto da histórica migração forçosa dos camponeses para os centros urbanos.

A Região do Vale do Rio doce foi marcada por intenso conflito agrário. Até a década de 30 existiam na região um grande número de posseiros de terra que foram expulsos de forma violenta de suas terras pelos grandes proprietários rurais movidos pelo interesse de adquirir grandes extensões de terras para desenvolvimento da pecuária. Os posseiros ao perder suas terras tiveram poucas alternativas de sobrevivência, entre elas estava tornar-se trabalhadores assalariados dos grandes latifundiários ou deixar o campo e “engrossar as filas do êxodo rural em busca de uma outra vida nas áreas urbanas” (BORGES, 2004, p.310). Portanto,

Diante do vazio da ação pública, a imagem da lei como imperativo universal e garantidor da igualdade de direitos ia caindo em descrença e o êxodo rural ou o assalariamento dos posseiros parecem ter sido as saídas possíveis. Tanto é que nesse período o então Prefeito de Governador Valadares (1959-1962), o médico Raimundo Albergaria, filiado ao PSD, deu início a uma política de cadastramento para posterior recebimento de lotes urbanos àqueles que, expulsos da área rural, dirigiam-se para a cidade de Governador Valadares (BORGES, 2004, p.311).

Atualmente, talvez a migração não seja tão significativa e não aconteça pelos mesmos motivos, mas ainda hoje, pela falta de condições de viver no campo e de trabalhar na terra, de ter acesso à educação e a saúde em seu próprio território, serviços esses que ao serem prestados consiga levar em consideração as especificidades do campo; e também pela pouca preocupação dos governos municipais, estaduais e federais não só de distribuir a terra, como também de oferecer condições para nela se viver dignamente, as famílias são obrigadas a deixar o campo.

Tabela 5: distribuição da população urbana e rural em Governador Valadares - 2010

População urbana	253.300	96,06%
------------------	---------	--------

População rural	10.389	3,94%
Taxa de Urbanização		96,06%
Total população:	263.689 hab.	100%

Fonte: Pnud, Ipea e FJP, 2010

Em relação a oferta de serviços nos domicílios a maior parte da população tem acesso a água encanada, luz elétrica e serviço de coleta de lixo.

Tabela 6: Característica da habitação – Governador Valadares - 2010

Domicílio com água encanada	98,48%
Domicílio com luz elétrica	99,87%
Domicílio com coleta de lixo*	98,10%

\*somente para área urbana

Fonte: Pnud, Ipea e FJP, 2010.

### 1.3 Aspectos da Atenção à Saúde de Governador Valadares

A rede do Sistema Único de Saúde – SUS na cidade de Governador Valadares conta com um importante sistema de referência composta por diversos centros de especialidades e o Hospital Regional. Alguns destes centros de referências estão ligados ao departamento de Atenção a Saúde, sendo eles a Policlínica Central, o Centro de Especialidades Odontológicas, o Centro de Referência em Oftalmologia Social, o Centro de Convivência em Saúde Mental, o Centro Viva a Vida, o Centro de Apoio ao deficiente físico, o Centro de Referência Álcool e Drogas e, o Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais; em sua maioria atendem sob agendamento pela Central de Marcação de Consultas solicitada pelo profissional médico.

Além disso, faz parte dessa rede outros 5 centros ligados ao Departamento de Vigilância em Saúde sendo eles: o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, a Gerência de Epidemiologia, o Centro de Controle de Zoonoses, o Núcleo de Prevenção de Violência e Promoção da Cultura da Paz e, a Gerência de Vigilância Sanitária.

Na atenção terciária, a rede hospitalar conta com o hospital público regional financiado pelo SUS, onde é realizado atendimento de urgência e emergência, internações

programadas ou de urgências, especialidades médicas, cirúrgicas, obstétricas etc.; além deste, também é oferecido, por hospitais privados, serviço suplementar financiado pelo SUS.

Em Governador Valadares a Estratégia de Saúde da Família – ESF está em fase de implantação e ampliação, atualmente a Atenção Básica dá uma cobertura de 68,69 %, considerando Estratégia Saúde da Família com cobertura de 57%, contando com 41 ESF todas com equipe de saúde bucal, 3 Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e 12 Unidade Básica de Saúde e 8 Núcleos de Apoio a Saúde da família – NASF tipo 1. Apenas 26,83% da população dispõem de plano de saúde, o resto da população é atendida pelo SUS, gratuitamente (BRASIL, 2014).

Tabela 7: Aspectos demográficos - Famílias cadastradas na Atenção Básica – Governador Valadares - 2014

Sexo	Faixa etária (anos)										
	<1 ano	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	>60	Total
Masculi no	289	3.825	2.561	3.936	7.421	7.982	26.140	10.205	8.190	9.959	80.508
Feminin o	282	3.637	2.440	3.890	7.395	8.198	29.446	12.378	10.050	13.772	91.488
Total	571	7.462	5.001	7.826	14.816	16.180	55.586	22.583	18.240	23.731	171.996

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica Município de Governador Valadares, 2014

#### 1.4 Descrição da Estratégia de saúde da Família Caic II

A Estratégia de Saúde da Família Caic II situa-se na Rua M do Bairro Vila Ozanan no Município de Governador Valadares. Este é um bairro da periferia da cidade, cuja população atendida é pobre, com baixo nível de escolaridade e um número importante de analfabetos, especialmente entre as pessoas de idade mais avançadas.

O acesso a unidade pode ser através de transporte público, particular e caminhando até a unidade, sendo a última a forma mais utilizada pelos usuários. A unidade está localizada no ponto mais alto do bairro, o que gera certa dificuldade de acesso especialmente para os usuários de maior idade e para aqueles que apresentam alguma doença limitante ou

incapacitante, a maior parte das vias de acesso são trilhos e escadas, possuindo apenas algumas poucas ruas onde é possível locomover-se em veículos automotores.

A Unidade implementa a Estratégia de Saúde da Família. O atendimento é feito diariamente, por uma equipe multiprofissional composta por 1 médica, 1 dentista, 1 enfermeira, 1 técnico em enfermagem, 1 técnica em saúde bucal, 6 agentes comunitárias, 1 auxiliar de serviços gerais, além de profissionais como Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista e Técnico em Farmácia do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, que comparecem à unidade duas vezes por semana.

A ESF Caic II possui 822 famílias cadastradas, um total 2.774 pessoas, dessas 2.136 estão com prontuários ativos. Na unidade Caic II são oferecidos serviços de acolhimento, vacinação, consultas médicas e de enfermagem, dispensação de medicamentos, coleta de material para exames, encaminhamentos para consultas especializadas, visitas domiciliares, consulta pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, consulta de planejamento familiar, atividades educativas de promoção de saúde, avaliação de necessidade de transporte sanitário, entre outros. As consultas são agendadas previamente e, além disso, se atende à demanda espontânea que passa por uma estratificação de risco onde é definida a melhor conduta para cada caso.

A unidade conta com uma boa estrutura física, tem uma ampla área de recepção com assentos, salas de reuniões, vacinação, curativos e observação, farmácia, consultórios médico, de enfermagem e odontológico, banheiros, estacionamento, brinquedoteca etc. Os prontuários estão organizados por micro áreas e guardados em envelopes separados para cada família. A unidade tem grande parte de recursos necessários para uma atenção qualificada, embora ainda faltem alguns elementos básicos para maior resolutividade da demanda.

## **1.5 Hipertensão Arterial Sistêmica**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) é uma doença de origem multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Portanto, considera-se como HAS, valores mantidos de pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg (BRASIL, 2006).

A HAS é a doença cardiovascular mais frequente do mundo. Considerada como um problema de saúde pública, no Brasil sua prevalência varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em

indivíduos com mais de 70 anos. Existe uma relação direta da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% acima de 65 anos (SBC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

É considerada o principal fator de risco para eventos cardiovasculares como o acidente vascular encefálico e doença isquêmica do coração, é também causa direta da cardiopatia hipertensiva e fator etiológico para a insuficiência cardíaca. (BRASIL, 2013 *apud* DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006). Em 2001 cerca de 7,6 milhões de mortes foram atribuídas à Hipertensão Arterial, sendo 54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração (WILLIAMS, 2010). A mortalidade por doenças cardiovasculares é diretamente proporcional a elevação da hipertensão, representando maior risco quando alcançados valores acima de 115/75 mmHg (SBC, 2010).

O controle e tratamento da HAS têm como base a mudança do estilo de vida com adoção de hábitos saudáveis de alimentação, prática de atividade física, redução do peso, abandono do tabagismo e do uso de álcool, além do uso contínuo e sistemático da terapia medicamentosa (BRASIL, 2013). Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família tem o grande desafio de promover a educação em saúde centrada na pessoa, para prevenir, controlar a hipertensão arterial e reduzir a mortalidade advinda das complicações dela. Portanto, a execução do Programa Hiperdia constitui-se uma importante estratégia para o cadastramento, acompanhamento e atendimento programado de todos os pacientes hipertensos e diabéticos, com vista a garantir a prática contínua do cuidado e de educação permanente (BRASIL, 2002).

## **1.6 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em Governador Valadares e na Estratégia de Saúde da Família Caic II**

No município de Governador Valadares a HAS é uma das doenças crônicas não transmissíveis de maior prevalência. Atualmente existem em média 19.895 usuários hipertensos cadastrados pela atenção básica de saúde, representando mais de 11% do total da população cadastrada. Desse total, em média 15.863 são acompanhados pela atenção básica, onde foram oferecidas até julho de 2014 em média 28.613 consultas. Levando em consideração a importância da concomitância do Diabetes Mellitus e a HAS no aumento do risco cardiovascular, é importante destacar que esta doença é a segunda de maior prevalência no município de Governador Valadares, com uma média de 5.254 pacientes diabéticos cadastrados, o que representa mais de 3% do total dos usuários (BRASIL, 2014).

Assim como no Município, na ESF Caic II a HAS é uma das doenças de maior prevalência. Representa o principal motivo de consultas realizadas na unidade, motivo pelo qual é dedicado um dia por semana para atendimento desses pacientes através da realização do grupo de Hiperdia, onde são oferecidas atividades de promoção e educação para saúde pelos diferentes profissionais da equipe e consultas individuais para avaliação e acompanhamento do usuário.

Até o presente momento, há 348 pacientes hipertensos cadastrados na área de abrangência da ESF Caic II . Esse número representa mais 12% do total de pacientes cadastrados (BRASIL, 2014) e mais de 16% dos prontuários ativos. Através de consulta aos prontuários, diálogo em consultas individuais, dados levantados pela ACS e dados da própria unidade, identificou-se que em torno de 60,4% dos pacientes hipertensos são mulheres e apenas 39,6% são homens, somando um total de 210 e 138 respectivamente, onde 174 são maiores de 60 anos, 80 deles também são diabéticos, 38 fumantes e 8 fazem uso excessivo de álcool.

Ainda existe uma baixa adesão dos pacientes hipertensos ao grupo de Hiperdia, pois apenas 181 participam do grupo (em torno de 52% deles), e apenas 14 participam do grupo de atividade física que acontece duas vezes por semana, supervisionado pelo fisioterapeuta e educador físico.

Do total dos pacientes hipertensos 22 não estão sendo acompanhados pela unidade, pois não realizaram nenhum tipo de consulta há mais de um ano. Do total dos pacientes que estão sendo acompanhados, 146 deles já se apresentaram em consulta com PA maior de 140/90 mmHg, o que representa em torno de 41% com controle inadequado da mesma.

## 2 JUSTIFICATIVA

A elaboração desse projeto de intervenção, tem o objetivo de resolver os principais nós críticos que levam ao principal problema de saúde da ESF Caic II, onde após a realização de análise situacional identificou-se a HAS e seu descontrole como um dos principais problemas (de saúde) nessa população.

Partindo da premissa de que os alvos pressóricos para dizer que a HAS está controlada é de menor ou igual a 140/90 mmHg, um número significativo dos pacientes já se apresentaram em consulta com valores superiores a estes, portanto, além do elevado número de hipertensos também é preocupante o seu nível de descontrole.

Ao analisar esse problema, é preciso entender a realidade dessa população e voltando nossa atenção para as determinantes do processo saúde doença, compreendendo que esse é um problema finalístico vivido pelo próprio usuário e que para resolvê-lo é preciso enfrentar os fatores intermediários que o provoca, claro está que entender o território, suas condições socioeconômicas, seus valores e cultura, é fundamental para entender as determinantes do processo saúde doença. No caso do problema em questão, pode-se perceber que essas condições estão diretamente vinculadas com o descontrole da doença na área de abrangência da ESF Caic II, podendo-se citar a má alimentação, o sedentarismo, o baixo nível de conhecimento sobre a doença, o analfabetismo, a obesidade, a não adesão ao tratamento etc.

Ao analisar os principais nós críticos responsáveis pelo desenvolvimento deste problema, há que se recorrer imediatamente aos principais fatores determinantes no controle da HAS, que são também os pilares do tratamento não farmacológico, sendo estes o controle do peso; adoção de hábitos alimentares saudáveis; a redução do consumo de bebidas alcoólicas; o abandono do tabagismo e; a prática de atividade física regular (BRASIL, 2006, p. 25).

A respeito da população em estudo, pode-se notar que uma alimentação adequada, rica em legumes, frutas, verduras, carne etc., não faz parte do seu cardápio diário. Esta é uma população com baixas condições econômica, condições essas que inviabilizam o acesso efetivo a esses alimentos. Além disso, também falta maior clareza de quais alimentos podem ser incorporados na dieta e a maneira adequada de sua preparação. Interrogando-se os pacientes em consulta, a maioria afirma comer aquilo que está ao alcance de suas condições econômicas, onde quase todos mencionam manter uma dieta hipossódica, mas esse fator é muito subjetivo. Logo as transgressões dietéticas, uma das mais importantes razões da

descompensação da doença, levam ao aparecimento de outros fatores de risco, tais como a dislipidemia, hiperglicemia e obesidade.

Outro fator importante é o sedentarismo. A maior parte dos pacientes hipertensos não realiza nenhum tipo de atividade física, faltando compreensão da importância dos mesmos, apesar de todo o esforço da equipe de dialogar sobre o tema. Além disso, existe uma adesão muito pequena aos grupos operativos desenvolvidos pelo NASF para realização de atividades físicas e redução de peso, talvez pelo baixo nível educacional e pouco acesso a informações e outros pela sobrecarga de trabalho que não deixa tempo para a dita atividade. Também existe pouca aceitação das atividades educativas nos grupos de hiperdia, onde geralmente os pacientes comparecem intencionados a receber consulta médica e renovar receitas, acreditando que o papel principal no controle da doença é o médico e a medicação.

Observou-se ainda durante a prática diária nessa unidade que existe um baixo nível de conhecimento sobre a HAS, o que poderia estar contribuindo para o seu descontrole. Segundo Moreira e Araújo (2001) o problema principal na falta de adesão dos pacientes ao tratamento da HAS é o desconhecimento, a desinformação, a ausência de uma formação escolar básica que permita ao paciente compreender melhor a importância da adesão para controle da mesma e das complicações oriundas dela. Neste sentido, muitos pacientes acreditam que quando a pressão está em níveis adequados já não precisam usar a medicação, desconhecendo que a HAS é uma doença crônica, incurável e que necessita o uso regular da medicação por toda a vida. Além disso, equivocadamente deixam de tomar a medicação no dia da consulta, para averiguar se a pressão está controlada.

Outro fator importante é o elevado índice de analfabetismo, especialmente das pessoas idosas, o público de maior prevalência da HAS. Sendo grande parte dos hipertensos não alfabetizados, há certa dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso, além disso, alguns desses pacientes vivem sozinhos ou com familiares também não alfabetizados, logo não sabem identificar a medicação e cumprir a posologia de forma correta, levando assim, além do descontrole, a dificuldade de ajuste das doses, pois não é possível saber se a medicação é ineficaz ou se o paciente está utilizando-a de forma incorreta.

Finalmente a não associação com os demais pilares do tratamento dificulta o controle da doença e leva a um excesso de medicalização, a maioria dos pacientes utilizam dois ou mais medicamentos, e novos casos já se apresentam em grau dois da doença, impossibilitando o uso de monoterapia.

Assim, a alta prevalência de HAS e seu significativo descontrole na área de abrangência da ESF Caic II constitui-se em um dos principais problemas de saúde desse território, o que justifica a elaboração desse plano de intervenção.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral:**

- Apresentar uma proposta de intervenção que contribua para elevar o nível de controle da HAS na população abrangente da ESF Caic II.

#### **3.2 Objetivo específico:**

- Identificar os principais fatores que influenciam no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Apontar ações que permitam combater os fatores que contribuem para o controle inadequado da HAS na ESF Caic II.

## 4 METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho, utilizou-se da seguinte metodologia:

- Estudo dos textos fornecidos pela plataforma Ágora.
- Participação nos encontros presenciais proporcionado pelo curso de Especialização em Estratégia em Saúde da Família.
- Realização de reuniões programadas e de diálogos com diferentes profissionais da equipe multidisciplinar da ESF Caic II.
- Observação dos casos de descontrole de HAS durante as consultas médicas.
- Análise e sistematização de informações obtidas em prontuários de pacientes hipertensos e demais dados da unidade.
- Revisão bibliográfica para aprofundamento dos conhecimentos sobre o tema abordado através do estudo de livros, artigos e teses publicados nos últimos anos, onde realizou-se estudo e interpretação de publicações de diversos autores acerca do tema. No levantamento bibliográfico foi utilizado bases de dados da *Scientific Eletronic Library Online – SCIELO*, Biblioteca Virtual da Plataforma Ágora, Biblioteca virtual em Saúde – BVS. Foi utilizado também descritor em ciências da saúde: Hipertensão Arterial, Fatores de risco, tratamento farmacológico e não-farmacológico, e adesão.
- Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES, conforme os textos: Planejamento Estratégico Situacional e Elaboração do Plano de Ação (CAMPOS *et al*, 2010) dos Módulos de Iniciação científica e, Planejamento.
- Consultas ao site do IBGE e ao banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB do município de Governador Valadares.
- Orientação tutorial.
- Análise e sistematização dos dados.

## 5 DESENVOLVIMENTO

### 5.1 Fundamentação teórica

A HAS é uma doença de origem multicausal, caracterizado por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, com valores acima de 140/90 mmHg. Para estabelecer o diagnóstico de hipertensão deve-se verificar a pressão arterial em três dias diferentes separadas por um intervalo de pelo menos uma semana. A constatação de um valor de PA elevada em apenas um dia não deve ser suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão (BRASIL, 2013).

É uma doença quase sempre assintomática e por isso, muitas pessoas hipertensas acabam tendo o diagnóstico apenas quando aparecem as primeiras complicações. Assim, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) recomenda que “todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada”.

Classifica-se de acordo com os valores de pressão sistólica e diastólica.

Quadro 1. Classificação da Hipertensão arterial em Adultos

Classificação)	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	10-139	85-89
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	160 – 179	100-109
Estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	<90

Fonte: SBC, , 2010.

\* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

É uma doença crônica que exige um conjunto de ações de promoção e educação para a saúde com o objetivo de levar o hipertenso a conhecer e aderir aos dois pilares do tratamento,

o farmacológico e o não farmacológico, e entender que ambos têm um efeito aditivo no controle dos níveis pressóricos. A equipe multiprofissional de saúde tem um papel importantíssimo para o desenvolvimento dessas ações, pois ao conhecer os indivíduos de sua comunidade, sua cultura, suas condições socioeconômicas e seus saberes, tem mais condições de oferecer uma atenção integral, centrada na pessoa e, de acordo com sua realidade, com vista a promover saúde, prevenir doenças e contribuir para o alcance de uma vida mais saudável que resulte em maior qualidade de vida (BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), as principais estratégias para o tratamento não-farmacológico da HAS são o controle do peso, hábitos alimentares saudáveis, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e realização de atividade física regular. Portanto, a mudança do estilo de vida é fundamental para o controle da hipertensão e para diminuir o risco de complicações que podem estar associadas ao descontrole da doença.

Do ponto de vista mais global, é importante lembrar que os fatores de risco para doenças cardiovasculares se classificam em modificáveis e não modificáveis, sendo os primeiros o tabagismo, a obesidade, a hipercolesterolemia, o Diabetes Mellitus, a baixa escolaridade, sedentarismo, a dieta pobre em frutas e verduras e a própria Hipertensão Arterial, entre os não modificáveis estão a idade avançada, o sexo, a raça e a história familiar (CARVALHO, 1988).

A obesidade é um dos fatores de risco modificáveis mais relevantes para a HAS, podendo estar seis vezes mais frequente em pessoas obesas do que em pessoas não obesas. Estima-se que para cada aumento de 10% na gordura corporal haja uma elevação de 6mmhg na pressão sistólica e de 4mmhg na diastólica. (SERAFIM *et al.*, 2010 *apud* LOTUFO, 2000). A partir disso, é de extrema importância que os pacientes com sobrepesos sejam orientados sobre os benefícios da redução de peso, pois além de contribuir para a redução da PA, também reduzem a possibilidade de outras doenças cardiovasculares como, por exemplo, o Acidente Vascular Cerebral (AVC), o Infarto agudo do Miocárdio, a aterosclerose etc., as quais são de maior risco nos pacientes que tem a obesidade associada à hipertensão. A meta segundo o Ministério da Saúde (2006) é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m<sup>2</sup>, circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres.

A prática de exercícios físicos também constitui-se um importante pilar do tratamento da HAS. Esta, além de reduzir os níveis pressóricos e contribuir para o controle do peso, também reduz o risco de doença coronariana, AVC e mortalidade em geral (PEREIRA *et al.*, 2011), além de proporcionar bem estar físico e psíquico ao indivíduo. Segundo a VI

Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2010), para manter boa saúde cardiovascular e elevada qualidade de vida, todo adulto deve realizar atividade física moderada pelo menos 5 vezes na semana no mínimo por 30 minutos.

Outro fator importante que deve receber destaque no controle da HAS é a adoção de uma dieta saudável, rica em frutas, legumes e vegetais, e com baixa concentração de gordura e sal. O excesso de sal pode ser evitado restringindo o consumo de alimentos industrializados como, por exemplo, os embutidos, enlatados e conservas. Outra forma de reduzir o consumo desse produto é diminuir a sua adição na preparação dos alimentos. De maneira geral, os alimentos com excesso de gordura, sal e açúcar devem ser combatidos, tanto para prevenção quanto para o controle das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006). A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2010) recomenda adoção de uma dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), pois

O padrão dietético DASH, rico em frutas, fibras e minerais, hortaliças e laticínios com baixos teores de gordura, tem importante impacto na redução da PA. Um alto grau de adesão a esse tipo de dieta reduziu em 14% o desenvolvimento de hipertensão. Os benefícios sobre a PA têm sido associados ao alto consumo de potássio, magnésio e cálcio nesse padrão nutricional. A dieta DASH potencializa ainda o efeito de orientações nutricionais para emagrecimento, reduzindo também biomarcadores de risco cardiovascular (SBC, 2010, p.25).

Este padrão alimentar recomenda a escolha de alimentos com pouca gordura saturada, colesterol e gordura; a ingestão de muitas frutas e hortaliças; o consumo diário de duas a três porções de laticínios desnatados ou semidesnatados e de alimentos integrais como pães e cereais; também a ingestão de grãos, sementes e oleaginosas (castanhas); evitar a adição de sal na preparação do alimento bem como fontes industrializadas de sal e; finalmente reduzir o consumo de doces e açúcar (SBC, 2010). Em relação ao consumo de sal, o Ministério da Saúde (2006) recomenda que a quantidade diária desse deva estar abaixo de 2,4g, o que equivale a 6 gramas de cloreto de sódio. Embora seja importante ter conhecimento disso, medir na prática o quanto as pessoas consomem de sal na dieta é basicamente impossível, mas sabe-se que essa quantidade provavelmente se alcance sem adicionar sal no alimento.

O tabagismo associado à hipertensão e hipercolesterolemia aumenta o risco de doença cardiovascular e cerebrovascular. Para Goderich (2002) o tabagismo aumenta a resistência vascular periférica porque incrementa a atividade alfa adrenérgica e, além disso, provoca redução da produção da síntese de prostaglandinas vasodilatadoras, contribuindo com o aumento da PA. Para ele, o tabaco também é capaz de interferir na resposta de alguns fármacos anti-hipertensivos, como o propranolol, diminuindo sua eficiência. O risco é proporcional ao número de cigarros fumados e aos anos acumulados de seu consumo, sendo

provavelmente maior naqueles que fumam mais cigarros ao dia e naqueles com mais anos de hábito. “*Em avaliação por MAPA, a PA sistólica de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não-fumantes, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo*” (BRASIL, 2006, p.27). Concluindo, segundo a VI Diretrizes brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2010), a interrupção do tabagismo deve constituir-se como uma medida prioritária para o controle das doenças cardiovasculares.

Conforme demonstrou Souza (2014), o alcoolismo se associa ao maior descontrole da pressão arterial. Para Goderich (2002), isso se deve ao fato de que o álcool é capaz de produzir resistência do organismo à terapia hipotensora. A elevação da PA está associada diretamente a quantidade de álcool ingerido e ao tempo de consumo do mesmo. Recomenda-se que a ingestão de etanol não ultrapasse 30g/dia para homens e 15g/dia para mulheres. Isso equivale, “*para o homem, a ingestão diária de no máximo 720 ml de cerveja (uma garrafa); 240 ml de vinho (uma taça) ou 60 ml de bebida destilada (uma dose)*” (BRASIL, 2006, p.26). Portanto, o paciente hipertenso deve ser orientado a abandonar o consumo de bebidas alcoólicas, especialmente se ele não for capaz de se enquadrar dentro desses limites de consumo.

Tabela 8- Algumas modificações de estilo de vida e redução aproximada da Pressão arterial sistólica

<b>Modificação</b>	<b>Recomendação</b>	<b>Redução aproximada na PAS</b>
Controle de peso	Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 e 24,9 kg/m <sup>2</sup> )	5 a 20 mmHg para cada 10 kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta DASH	8 a 14 mmHg
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais de 2 g (5 g de sal/dia) = no máximo 3 colheres de café rasas de sal = 3 g + 2 g de sal dos próprios	2 a 8 mmHg

		alimentos)	
Moderação	no	Limitar o consumo de 30 g/dia de etanol para os homens e 15 g/dia para mulheres	2 a 4 mmHg
Exercício físico		Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 vezes/semana, para prevenção e diariamente para tratamento	4 a 9 mmHg

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010, p.28

Sobre o tratamento farmacológico, o paciente hipertenso deve ser orientado acerca dos objetivos da terapia medicamentosa anti-hipertensiva; sobre as possíveis reações adversas; do seu uso regular e permanente; e da importância da associação das mudanças do estilo de vida ao tratamento farmacológico. No entanto, existe uma série de princípios que devem ser respeitados no momento de iniciar a medicação anti-hipertensiva, com o intuito de alcançar, além de boa adesão ao tratamento, o controle eficaz da doença com o mínimo de efeitos adversos. Nesse sentido, após avaliar cada caso, o tratamento deve ser bem tolerado por via oral e com preferência para medicamentos com posologia única diária; deve-se respeitar o período de quatro semanas para aumentar a dose de um fármaco, substituí-lo ou associar um novo; o medicamento deve iniciar com a menor dose efetiva preconizada, podendo ser aumentada progressivamente; deve-se ter cautela com os medicamentos obtidos através de manipulação e; finalmente deve ser levado em consideração as condições socioeconômicas do paciente (PEREIRA *et. al*, 2011; BRASIL, 2006), afim de que possa ser adotada uma conduta coerente com a realidade de cada paciente.

## 5.2. Proposta de intervenção

Depois de estabelecidos os problemas mais importantes, e apontado os nós críticos, torna-se necessário elaborar um plano de ação para superá-los, avaliando-se o resultado e o produto esperado, os atores sociais/responsabilidades, recursos necessários, recursos críticos, viabilidade, ação estratégica de motivação, cronograma/prazo, gestão, acompanhamento e avaliação. Os quadros 2 a 5 apresentam o desenho das operações.

A partir da identificação do nó crítico baixo nível de conhecimento sobre a HAS, elaborou-se o projeto interventivo “Conhecendo a HAS” (Quadro 2) com o objetivo de elevar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos sobre sua doença, com ênfase no seu conceito e seu caráter crônico, tratamento farmacológico e não farmacológico e complicações associados ao descontrole. Esse projeto, fundamentalmente de caráter educativo e de promoção de saúde, será desenvolvido através de diálogos, palestras, vídeos, panfletos e com a participação de diferentes profissionais da equipe, com vista a oferecer informações qualificadas, de acordo com os saberes de cada profissional em conjunto com a comunidade. Ao abordar esses temas espera-se que o paciente adote um estilo de vida mais saudável e consiga utilizar sua medicação de forma correta, o que poderá resultar em um controle efetivo da HAS na ESF Caic II, evitando as complicações dessa doença e aumentando a qualidade de vida dessas pessoas.

Quadro 2- Projeto Interventivo conhecendo a HAS

Nó crítico 1	Baixo nível de conhecimento sobre a HAS
Operação/projeto	Conhecendo a HAS
Resultados esperados	Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos sobre sua doença; sobre os pilares do tratamento farmacológico e não farmacológico; e possíveis complicações que podem estar associadas ao seu descontrole.
Produtos esperados	Palestras no grupo de hiperdia Distribuição de folhetos sobre a HAS Apresentação de vídeos na sala de espera para consultas
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe básica da ESF, farmacêutica, nutricionista do NASF, usuários e hipertensos
Recursos necessários	Estrutural: sala de reunião, sala de espera com assentos, materiais audiovisuais, folhas, impressora. Cognitivo: conhecimento científico sobre o tema que será abordado Financeiro: para confecção de folhetos Político: mobilização da população hipertensa acerca do tema
Recursos críticos	Financeiro: para confecção dos folhetos
Controle dos recursos críticos /	Ator que controla: secretária de saúde Motivação: indiferente

Viabilidade	
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto
Responsáveis:	Médica, enfermeira, nutricionista, Farmacêutica
Cronograma / Prazo	Início: 1 mês Duração: 1 ano
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliação e apresentação de resultados: 2 meses, 6 meses e 1 ano (Apresentar resultados, avanços, dificuldades, formas de inovar e melhorar o projeto)

O sedentarismo é um dos fatores de risco presente basicamente em todos os pacientes hipertensos da ESF Caic II e representa um dos nós críticos determinantes do problema em questão. Por este motivo, propõe-se o Projeto Interventivo “Bem Viver” com o objetivo de sensibilizar os pacientes hipertensos para a importância da prática de atividade física para redução da pressão arterial e para o controle do peso. Assim pretende-se elevar o número de hipertensos participantes do grupo de atividades físicas supervisionado pelo Fisioterapeuta e Educador Físico e incorporar a atividade física como prática cotidiana. Embora a unidade de saúde não conte com um espaço adequado para esta prática, fato identificado como recurso crítico para a execução deste plano interventivo, o projeto é viável porque a Igreja Católica, ator controlador desse recurso, apresenta uma motivação favorável ao projeto e disponibiliza seu espaço para a realização do grupo.

Além do grupo operativo de atividades físicas, também propõe-se realizar atividades educativas por meio de palestras com os diferentes grupos desenvolvidos pela unidade, com o intuito de conscientizar públicos de todas as idades sobre os benefícios dos exercícios físicos.

No Quadro 3 são apresentados os atores sociais, os responsáveis, os recursos necessários, o cronograma/prazo e gestão/acompanhamento e avaliação deste projeto.

Quadro 3-Projeto Interventivo Bem Viver

Nó crítico 2	Sedentarismo
Operação/projeto	Bem viver
Resultados esperados	Aumentar a adesão dos pacientes hipertensos aos grupos de atividades físicas desenvolvidas pela unidade
Produtos esperados	1-Manter grupo operativo de atividade física supervisionada;

	2-palestras sobre a importância da atividade física em todos os grupos (idosos, homens, mulheres, adolescentes, hipertensão, saúde mental) realizados pela unidade; 3-fomentar a prática de exercícios físicos nas consultas individuais de acompanhamento da HAS
Atores sociais/ responsabilidades	Fisioterapeuta, educador físico, agentes comunitárias para convidar os pacientes para os grupos, médica, usuários hipertensos
Recursos necessários	Estrutural: Espaço adequado para prática de exercícios físicos Cognitivo: conhecimento científico sobre a prática de exercícios físicos e seus benefícios para a saúde Político: mobilização da população hipertensa para comparecer aos grupos de atividade física supervisionada e negociação com a igreja católica para disponibilizar o espaço
Recursos críticos	Estrutural: espaço adequado para prática de exercícios físicos
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: igreja Motivação: favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto
Responsáveis:	Fisioterapeuta, Educador Físico e ACS (cada dia da semana uma delas ficará responsável de convidar os pacientes e acompanhar o grupo)
Cronograma / Prazo	Já em andamento Permanente
Gestão, acompanhamento e avaliação	Primeira avaliação: 3 meses Manter prática de avaliação permanente

Ainda, uma alimentação saudável é fator determinante para se alcançar um controle adequado da HAS. Durante a realização desse estudo, identificou-se que os pacientes hipertensos da ESF Caic II não seguem uma dieta adequada. Há uma série de fatores que influenciam para que isso aconteça, entre eles fatores culturais, socioeconômicos e falta de conhecimento. O objetivo do Projeto “Alimentar bem para viver melhor” (Quadro 4) é educar

os hipertensos sobre o tipo de alimentação que devem consumir, levando em consideração as condições econômicas dos mesmos.

Através desse projeto, propõe-se elaborar um folheto ilustrativo, já que muitos não são alfabetizados, onde sejam apresentados os alimentos que podem consumir, com dicas e sugestões de como devem ser preparados, a importância da redução do sal e da gordura e, por fim, a substituição de alimentos menos saudáveis por outros mais saudáveis de mesmo valor econômico. A nutricionista da unidade desempenhará um papel chave no desenvolvimento desse projeto e será apoiada pelos demais profissionais da equipe. Além disso, pretende-se elaborar cartazes, realizar palestras, distribuir panfletos em toda a comunidade e apresentar vídeos que culmine em uma grande campanha de reeducação alimentar. O recurso crítico para a execução desse projeto é o financeiro, necessário para a elaboração do material didático, e a Secretaria Municipal de Saúde o ator detentor. A ação estratégica para obtê-lo e tornar viável este plano interventivo será a apresentação do projeto à Secretaria de Saúde pela médica e a enfermeira da unidade, onde deve ser mostrado o desenho das operações, o que se espera e a importância desse projeto para alcançar um melhor controle da HAS, principal doença da área de abrangência da ESF Caic II.

Quadro 4-Projeto Interventivo Alimentar bem para viver melhor

Nó crítico 3	Má alimentação
Operação/projeto	Alimentar bem para viver melhor
Resultados esperados	Adoção de uma dieta mais saudável
Produtos esperados	Elaboração de um folheto ilustrativo e de fácil linguagem que indique a alimentação adequada para uma pessoa hipertensa Afixar cartazes sobre o tema nos locais públicos como a unidade de saúde, igreja, escolas etc Campanha de reeducação alimentar para substituição de alimentos pouco saudáveis para alimentos mais saudáveis de mesmo ou menor valor financeiro e para a redução do sal da dieta
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe básica, nutricionista, usuários, escolas e igreja
Recursos necessários	Estrutural: sala de reunião, materiais didáticos para confecção de

	<p>cartazes e folhetos.</p> <p>Cognitivo: conhecimento científico sobre o tema que será abordado</p> <p>Elaboração dos folhetos e cartazes</p> <p>Financeiro: para compra de materiais didáticos, elaboração dos folhetos e cartazes</p> <p>Político: mobilização da população hipertensa e comunidade acerca do tema</p>
Recursos críticos	Financeiro: para confecção dos folhetos, cartazes e compra de materiais didáticos
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: secretaria de saúde</p> <p>Motivação: indiferente</p>
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto
Responsáveis:	Enfermeira, nutricionista, ACS
Cronograma / Prazo	<p>Início: 1 mês</p> <p>Duração: 3 meses</p>
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliação e apresentação de resultados: 3 meses

Finalmente, o analfabetismo é um dos nós críticos que influenciam no nível de descontrole da HAS na ESF Caic II, pois muitos pacientes, especialmente aqueles de idades mais avançadas, não são alfabetizados e apresentam dificuldades para tomar a medicação de forma correta.

Portanto a proposta interventiva “Conhecendo a medicação” (Quadro 5) tem como objetivo levar os pacientes não alfabetizados a cumprir a posologia e assim alcançar valores de pressão arterial dentro das metas preconizadas pelo Ministério de Saúde. Sabe-se que a resolução do analfabetismo perpassa por outros setores da sociedade e necessita de ações em longo prazo que não são factíveis de se realizar no momento pelos profissionais da saúde. Assim, estamos propondo uma técnica simples para a separação da medicação na casa do paciente, através de potinhos com desenhos que indiquem a manhã, a tarde, a noite, o almoço, o jantar etc., e o momento que deve ser tomado cada comprimido. Essa ação deve ser

desenvolvida em conjunto com a farmacêutica, as agentes comunitárias, a enfermeira e a médica.

Outra ação que está sendo proposta nesse projeto é o compartilhamento das responsabilidades entre a equipe básica de saúde e os familiares dos pacientes hipertensos não alfabetizados, realizando junto a estes discussões do plano terapêutico e atividades educativas sobre a HAS. A mobilização dos familiares foi identificada como recurso crítico, mas com motivação favorável por parte desses atores, o que torna viável este projeto.

Este projeto deverá ser executado em três meses, prazo necessário para a confecção do material e para que todos os pacientes hipertensos não alfabetizados recebam em sua casa por meio de uma visita domiciliar.

Quadro 5- Projeto Interventivo Conhecendo a medicação

Nó crítico 4	Analfabetismo
Operação/projeto	Conhecendo a medicação
Resultados esperados	Pacientes analfabetos possam seguir a posologia indicada
Produtos esperados	1- Construção de material de fácil compreensão para organizar a medicação em casa (potinhos ou caixinhas), separados de acordo com os horários de uso (manhã, tarde e noite); 2- discutir plano terapêutico com os familiares alfabetizados; 3- realizar atividades educativas com os familiares.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe básica, nutricionista, assistente social, farmacêutica, usuários hipertensos e seus familiares
Recursos necessários	Estrutural: sala de reunião, materiais de reciclagem (garrafas, caixas etc), recursos audiovisuais. Cognitivo: conhecimento científico sobre o tema que será abordado Elaboração das caixinhas ou potinhos Político: mobilização dos familiares de pacientes hipertensos acerca do tema
Recursos críticos	Político: mobilização dos familiares de pacientes hipertensos acerca do tema
Controle dos recursos críticos /	Motivação: favorável

Viabilidade	
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto aos familiares e a importância do controle da HAS para alcançar maior qualidade de vida
Responsáveis:	Médica, Enfermeira, Farmacêutica, Assistente social, AsCS
Cronograma / Prazo	Início: 1 mês Duração: 3 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliação e apresentação de resultados: 3 meses

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com o desenvolvimento desse projeto de intervenção espera-se alcançar um controle mais efetivo da Hipertensão Arterial na Estratégia de Saúde da Família Caic II, evitando assim as complicações resultantes dela e conseqüentemente melhorando a qualidade de vida dos pacientes hipertensos.

Para que os resultados esperados sejam alcançados, é necessário o trabalho permanente de educação para a saúde junto aos pacientes hipertensos e a comunidade, levando-os a conhecer o que é Hipertensão Arterial e a importância das mudanças do estilo de vida no controle dessa doença. O trabalho da equipe multiprofissional é elemento fundamental para garantir a integralidade das ações de promoção, prevenção e educação para a saúde, levando em consideração o sujeito hipertenso e não somente sua doença.

Acreditamos que o atendimento aos pacientes hipertensos, em suas diversas modalidades, como por exemplo, individual, em grupo ou em visitas domiciliares deve levar em consideração a realidade dessa população e os fatores de risco determinantes para a incidência e prevalência da Hipertensão Arterial, e através da realização de estratificação de risco evitar, diagnosticar e tratar o mais cedo possível.

Finalmente, enfrentar a HAS e suas complicações constituem uma das principais tarefas não só dos profissionais da equipe básica, mas da sociedade como um todo. Para além do tratamento clínico, a educação para saúde deve ser um dos pilares fundamentais para o seu controle, fortalecendo o papel do paciente como sujeito corresponsável pelo seu bem estar.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - HIPERDIA, 2002. Disponível em <http://hiperdia.datasus.gov.br>. Acesso em: 14 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informação SIAB, 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>. Acesso em 28/12/2014

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Caderno de Atenção Básica Nº5, Brasília-DF, 2006.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Caderno de Atenção Básica Nº5, Brasília-DF, 2013.

BORGES, Maria Eliza Linhares. Departamento de História/UFMG. Representações do universo rural e luta pela reforma agrária no Leste de Minas Gerais. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 24, nº 47, p.303-326 – 2004.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Elaboração do plano de ação**. In: CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il.

CARVALHO, Jairo Jesus Mancilha. Aspectos preventivos em cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.** 50/1: 59-67, Rio de Janeiro, 1988.

SBC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. DEPARTAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Revista Brasileira de Hipertensão, volume 17, Número1, 2010.

GODERICH, Reinaldo Roca. **Temas de Medicina Interna**. 4ª Ed., La Habana, 2002.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA Atlas de desenvolvimento Humano do Brasil. **Perfil Municipal Governador Valadares**. 2013, disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/governador-valadares\\_mg](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/governador-valadares_mg)>. Acesso em: 05 maio, 2014

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, cidades, censo 2010, disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=312770&search=minas-gerais%7Cgovernador-valadares&lang>>. Acesso em: 15 dez, 2014.

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães, ARAÚJO, Thelma Leite de. Falta de adesão ao tratamento da Hipertensão: Características de uma clientela distinta. **Rev. Rene Fortaleza**, v.2, n.2, p. 39-46, jul./dez./2001. Disponível em: <[www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1027/pdf](http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1027/pdf)>. Acesso em: 10 dez, 2014.

PEREIRA, Adriana Ferreira, GONTIJO, Cláudia Cançado, AUGUSTO, Daniel Knupp, RODRIGUES, Elisane A Santos, *et al.*, **Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco cardiovascular**. Belo Horizonte, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES. História de Governador Valadares. , 2014, disponível em:  
<[http://www.valadares.mg.gov.br/current/portal/historia\\_de\\_governador\\_valadares](http://www.valadares.mg.gov.br/current/portal/historia_de_governador_valadares)>. Acesso em: 15 de dez, 2014.

SERAFIM, Talita de Souza, JESUS, Elaine dos Santos, PIERIN, Angela Maria Geraldo, Influencia do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas. **Acta Paul Enferm** 2010; 23 (5): 658-64. Disponível em:  
<[www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/12.pdf)>. Acesso: 25 out 2014.

Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev Bras Hipertens**. 2010;13(1):1-68

SOUZA, Leonardo Gomes de, DIAS, Carlos Alberto. **Microrregião de Governador Valadares: a busca de uma identidade territorial para uma região em crise**. Seminário de Economia de Minas Gerais, 14, 2010, Diamantina. Anais do XIV Seminário sobre Economia Mineira, Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. p. 1-5.

WILLIAMS, Bryan. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**. New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.