

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNA-SUS

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**TÍTULO: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.AÇÕES NA APS PARA
DIMINUIR A PREVALENCIA E MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO.**

DIRELIS PEREZ GARCIA

PORTO ALEGRE

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNA-SUS

DIRELIS PEREZ GARCIA

*Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de Ciências
da Saúde de Porto Alegre.*

Orientador: Fábio Franchi Quagliato

PORTO ALEGRE

2018

SUMARIO

1	INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO	04
2	ESTUDO DE CASO CLÍNICO	06
3	PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....	11
4	VISITA DOMICILIAR	15
5	REFLEXÃO CONCLUSIVA	19
	REFERÊNCIAS	22
	ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO	24

1. INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO

Meu nome é Direlis Pérez Garcia, sou médica cubana desde o ano 2004, após a graduação fiz a especialização em Medicina Geral Integral. Trabalho na atenção básica como médico de família e comunidade até hoje. Tive a oportunidade de trabalhar fora do país três anos, na Venezuela, experiência inesquecível e maravilhosa. Atualmente desde julho de 2016 faço parte do Programa Mais Médicos para o Brasil, como médica Clínica Geral, trabalho no município de Inhacorá, estado Rio Grande do Sul.

O município Inhacorá se estende por 114,1 km² e possui 2.353 habitantes de acordo com o último censo. A densidade demográfica é de 19,9 habitantes por km² no território do município. O município conta com apenas uma unidade de saúde, que é responsável pela cobertura do município inteiro. A população cadastrada dentro da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família é de um total de 2.353 habitantes e 687 famílias, distribuídas em 6 micro áreas. Com serviços de abastecimento de água tratada, sem recolhimento de esgoto por rede pública. As principais atividades econômicas do município são a agricultura e a prestação de serviços. Não existe população ribeirinha, população indígena ou população em situação de rua assistida no território de abrangência (INHACORÁ, 2018).

A estrutura física da Unidade Básica apresenta plena cobertura para a prestação dos serviços de saúde e consiste em: uma sala de triagem, dois consultórios médicos, um consultório odontológico com uma cadeira própria, uma sala de medicamentos, uma sala de curativos, uma sala de vacinas, uma sala de reuniões, uma cozinha, dois banheiros, uma sala de ambulatório, uma sala de espera, uma sala de esterilização, um expurgo, uma sala de exame ginecológico de enfermagem, uma sala de atendimento psicológico, uma sala de fisioterapia. Na parte de atrás do posto e anexo fica a Secretaria de saúde municipal com os profissionais sanitários e da parte administrativa (gerencia e marcação) de saúde.

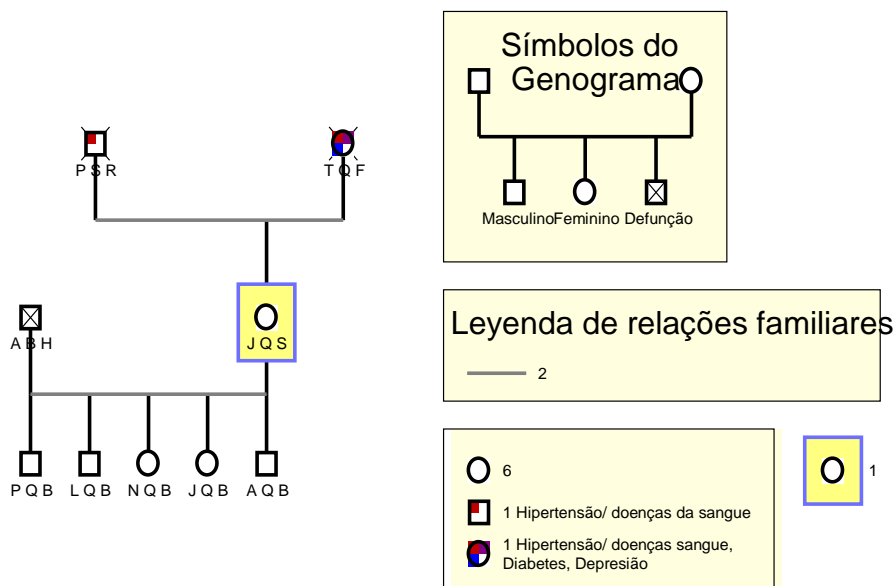
A equipe do PSF Inhacorá é constituída por dois médicos; duas enfermeiras; dois técnicos de enfermagem; duas auxiliares de limpeza; seis agentes comunitários de saúde; um cirurgião dentista; um auxiliar de saúde bucal; uma psicóloga; um

nutricionista; um fisioterapeuta. A carga horária é de 40 horas semanais, exceto para o médico que pertence ao Programa Mais Médicos que tem uma folga de 8 horas semanais para a o curso de especialização em Saúde da Família.

As doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes no município de Inhacorá são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com 318 pacientes cadastrados e a Diabetes *Mellitus* com 85 pacientes. Em recente estudo, se verificou que,

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes causadas por acidente vascular cerebral e 25% das mortes por doença arterial coronariana que em combinação com o diabetes leva a 50% dos casos de insuficiência renal terminal (GOMES; OLIVEIRA, 2018).

A equipe se preocupa com a alta prevalência de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, com tendência a aumentar a cada ano. Por este motivo eu fiz o Projeto de Intervenção “Hipertensão Arterial Sistêmica: Plano de ação para diminuir a prevalência e melhorar a adesão dos hipertensos ao tratamento no município de Inhacorá/RS”. Ademais, o projeto está incluído nos anexos deste Trabalho de Conclusão de Curso.



2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Primeira consulta médica

A paciente J.Q.S. de 77 anos, feminino, agricultora, viúva, sem estudos, mãe de 5 filhos. Sofre de HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) com tratamento regular com Losartana potássica (50 mg) 1 comprimido ao dia, AAS(100mg) 1 comprimido no almoço, de DM tipo 2 e toma Metformina (850 mg) 1 comprimido 2 vezes ao dia, de Hipotireoidismo com tratamento com Levotiroxina (0.1mcg) 2 comprimidos em jejum. A Mãe sofreu de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus tipo 2 e o pai de H.A.S.. Sem histórico de alergia a medicamentos, nem de cirurgia.

Paciente que vem a consulta médica referindo que há duas semanas começou a apresentar tontura, dor de cabeça, dor no peito, palpitações, formigamento do braço esquerdo, sensação de falta de ar de noite, refere que ela mora sozinha e passa muito tempo em casa, chora muito, não consegue dormir bem, sem vontade de sair nem a visitar as amigas, um filho mora do lado com a sua própria família e trabalha o dia todo, que o Agente Comunitário de Saúde da sua área fez uma visita domiciliar e falou que era muito importante fazer uma consulta médica para avaliação.

No exame físico, contatou-se o peso dela, que é de 74 kg, a altura de 1,60 cm, o IMC: 28.9, a temperatura axilar de 36,5 °C, a fácies de hipotiroideia, as mucosas úmidas e coradas, o pescoço não tem turgência jugular, a palpação e ausculta das carótidas e normal, a tireoide não está visível nem palpável, tecido celular subcutâneo (TCS) sem edemas, a pele normal, no aparelho respiratório a frequência respiratória (FR) de 18 respirações por minuto, a ausculta pulmonar e normal, a saturação de oxigênio (SO₂) de 98%, no aparelho cardiovascular (ACV), a frequência cardíaca e de 97 batimentos por minuto, com ruídos cardíacos rítmicos, não tem sopros, a pressão arterial de 180/110 mmHg, os pulsos periféricos estão presentes e normais, o abdômen e globoso, sem cicatriz, flácido, sem dor a palpação superficial e profunda, não apresenta visceromegalia palpável, a percussão e normal, os ruídos hidroaéreos estão presentes e normais, não tem sopros abdominais, no sistema nervoso central (SNC) estava consciente, com linguagem coerente, bem orientada em relação ao

tempo, espaço e pessoa, com força muscular conservada, reflexos presentes e normais, HGT em jejum, com 148 mg/dl.

Ao final da primeira consulta foi feita a prescrição de captopril (25mg), 01 comprimido via oral, de forma imediata. Recomendando, ainda aguardar 40 minutos à uma hora no posto de saúde para avaliar pressão arterial novamente.

a) Indicação de exames complementares:

- Hemograma completo
- Glicemia de jejum
- Perfil lipídico: Colesterol total (HDL, LDL), Triglicérides
- Provas de função hepática e renal (TGP, TGO)
- TSH
- T3 livre e total
- T4 livre e total
- Exame qualitativo de urina (EQU)
- ECG
- Exame de microalbuminúria.
- Dosagem de potássio.

b) Indicação de acompanhamento da pressão arterial por uma semana no posto com a enfermagem.

c) Orientações gerais sobre mudanças de estilo de vida (MEV):

- Alimentação saudável.
- Prática de atividade física regular.
- Evitar o sedentarismo.
- Evitar álcool e tabagismo.
- Evitar o stress.

d) Aumentar dose de losartana potássica (50 mg) 1 comprimido via oral 12/12 horas.

e) AAS (100 mg) 1 comprimido ao almoço.

Depois de 40 minutos de espera, foram constadas as seguintes informações: medida de PA: 150/95 mmHg, Frequência Cardíaca: 87 batimentos por minuto, e

Frequência respiratória: 19 por minuto.

Segunda consulta médica

Paciente que retornou a consulta, como sugerido na consulta anterior, relatando que se sente melhor em relação a maioria dos sintomas que apresentava, e que faz uso dos remédios como foram prescritos e que segue a dieta e as outras recomendações. Exame físico: PA: 130/80 mmHg, FC: 80 bat./min, FR: 17resp./min, HGT em jejum: 130 mg/dl

Os exames solicitados na primeira consulta foram realizados e obtiveram os seguintes resultados:

- Hemoglobina: 13,2 g/dl
- Plaquetas: 312 mil/mm³
- Glicemia de jejum: 112 mg/dl
- Colesterol total: 270 mg/dl
- Colesterol HDL: 62 mg/dl
- Colesterol LDL: 162mg/dl
- Triglicerídeos: 300 mg/dl
- Ácido Úrico: 3,20 mg/dl
- Creatinina: 0,62 mg/dl
- Potássio: 3,2 mEq/L
- TGO: 16 U/L
- TGP: 11 U/L
- TSH: 3,6 micro UI/ml
- T3 livre: 40 pg/ ml, T3 total:100 ng/ dl
- T4 livre: 1,2 ng/ dl, T4 total: 8,2 mg/ dl
- ECG: ritmo sinusal, extra-sístoles ventriculares isoladas.
- Exame de microalbuminúria: não realizado.

A partir disso, foi possível elaborar os seguintes diagnósticos:

- 1.) Hipertensão arterial sistêmica descontrolada.
- 2.) Diabetes mellitus tipo 2 compensada.
- 3.) Dislipidemia mista.
- 4.) Depressão.
- 5.) Hipotireoidismo Compensado.

Considerando os diagnósticos que apresenta a paciente, e revisando as referências bibliográficas como por exemplo: Posicionamento Oficial SBD No 02/ 2017 Conduta Terapêutica No Diabetes Tipo 2: Algoritmo SBD 2017. Dislipidemia no paciente com Diabetes, modulo 7, surge a seguinte atuação à paciente:

Conduta:

- Manutenção do tratamento não medicamentoso orientado na primeira consulta.
- Tratamento medicamentoso:
 - Losartana, potássica (50 mg) tomar um comprimido via oral de 12/12 horas. Contínuo.
 - Ácido Acetilsalicílico (100mg) tomar um comprimido via oral ao dia. Contínuo.
 - Hidroclorotiazida (25 mg) 1 comprimido via oral ao dia. Contínuo.
 - Metformina (850 mg) 1 comprimido via oral 12/12 horas. Contínuo.
 - Sinvastatina (40 mg) 1 comprimido a noite (monitorizar aos 6m exames de colesterol e triglicérides).
- Continuar acompanhando a medida da pressão arterial durante mais umas semanas para verificar efeito da medicação.
- Acompanhamento com a Psicóloga do posto.
- Acompanhamento com a Nutricionista do posto.
- Encaminhamento a oftalmologista para avaliação.
- Incorporação ao grupo de hipertensos e diabéticos.
- Incorporação ao grupo do NAAB.
- Reavaliação aos quatro meses.
- Para o controle da dislipidemia com sinvastatina devemos solicitar exames de controle de Colesterol (HDL, LDL) e Triglicérides.

Segundo a Nova Diretriz Brasileira de Dislipidemia, num artigo do Dr. Ronaldo

Gismondi (2017),

Mas na vida real surgiu um problema muito comum no Brasil: há milhares de pacientes tomando sinvastatina 20 mg/dia, do programa da farmácia popular, e com um LDL em torno de 100/130. Mantemos? Intensificamos? Para ajudar, a SBC (Sociedade Brasileira de Cardiologia) adotou posição inédita, e recomenda um ajuste no escore de risco para quem já usa estatina: pegue o valor que saiu no resultado e multiplique o colesterol total por 1,43. A partir daí, recalcule o LDL e/ou o colesterol não-HDL e veja a categoria de risco. Aqui entra uma ressalva:

- Nova categoria de risco pior que a anterior: aumente estatina
- Nova categoria de risco melhor que a anterior: mantenha a dose atual! Não reduza a estatina! Pois é ela que está reduzindo o risco daquele paciente.

Depois, em visita domiciliar foi reavaliada a paciente, momento em que ela referiu sentir-se muito melhor, assistindo ao grupo de hipertensos e diabéticos, acompanhada pela Psicóloga e Nutricionista e no grupo de NAAB (Núcleo de Apoio à Atenção Básica).

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

O pré-natal é uma medida de prevenção primária muito importante para a população, tendo objetivo de assegurar o desenvolvimento na gestação para que o parto do recém-nascido seja o mais saudável possível. De acordo com o Caderno de Atenção Básica ao Pré-natal de baixo risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017):

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado de consultas seria igual ou superior a 6 (seis). Pode ser que, mesmo com um número mais reduzido de consultas (porém, com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas) em casos de pacientes de baixo risco, não haja aumento dos casos perinatais adversos (grau de recomendação A). A atenção especial deverá dispensada às grávidas com maiores riscos (grau de recomendação A). As consultas deverão ser mensais até a 28^o semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo (grau de recomendação D) [...].

O pré-natal é acompanhado pela enfermeira e o médico, em consultas alternadas. Há uma imensa dificuldade para as grávidas que precisam de um acompanhamento de alto risco, pois na cidade não há maternidades, tendo assim que encaminhá-las para o município de Ijuí/RS, há aproximadamente 95 quilômetros de distância, partindo da cidade de Inhacorá.

Outra medida adotada na Unidade Básica é a aferição de Pressão Arterial para todos os indivíduos a partir dos 18 anos de idade de ambos os sexos. A pressão arterial é aferida pelo técnico em enfermagem, na triagem de todos os pacientes que irão para consulta médica. De acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde), o limite escolhido para definir Hipertensão arterial sistêmica é o de igual ou maior de 140/90 mmHg, quando encontrado em pelo menos duas aferições – realizadas no mesmo momento e considerando-se a idade e hábitos de vida do paciente (BRASIL, 2001).

Ao se falar de promoção em saúde na Unidade Básica, a medida mais tomada é o incentivo às boas práticas alimentares e a mudança do estilo de vida. Orientamos os pacientes para que diminuam a quantidade de sódio em alimentos, gorduras,

açúcares e a eliminação de enlatados na dieta, que insiram mais verduras e frutas nas refeições, acarretando assim uma melhora significativa na qualidade de vida. Os pacientes, da mesma forma, são incentivados na pratica de exercícios físicos de forma regular para a diminuição do sedentarismo e melhora do sistema musculoesquelético, cardiorrespiratório dentre outras melhorias significativas na saúde do paciente.

Segundo o Informativo “Detecção Precoce”, no Boletim ano 8, nº 1, Janeiro/Junho de 2017, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/Ministério da Saúde, na implantação do Siscan (Sistema de Informação do Câncer), o Formulário de Solicitação do exame citopatológico do colo do útero teve a inclusão da variável “motivo do exame”, que é constituída de três requisitos:

- a) Rastreamento – (mulheres de 25 a 64 anos) que não apresentam sintomas durante o período em que há recomendação pelo Ministério da Saúde. Os exames devem preventivos devem ser trienais após dois exames anuais seguidos com resultado negativo;
- b) Repetição – após a obtenção de um resultado de exame em que se verificou a presença de ASC-US (Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado) ou lesão de baixo grau. Nesses casos, o exame precisa ser repetido a cada seis meses;
- c) Seguimento – no caso de pacientes que estão em seguimento citológico para a verificação de colposcopia ou tratamento.

O acesso para este exame no município é muito tranquilo, sem dificuldades, uma enfermeira é responsável na UBS de organizar as agendas com ajuda direta, ativa e constante de agentes comunitárias de saúde, que convidam as mulheres e indicam a data e horário marcado para a realização do exame preventivo, bem como passam as recomendações previas para o procedimento. Além disso, a enfermeira coleta as amostras na consulta e são trasladadas para o laboratório para análise com as condições e os requisitos adequados, ela organiza a agenda profissional e tem um controle dinâmico e atualizado das mulheres na área de abrangência incluídas no programa, seguindo sempre as seguintes recomendações:

Que sejam realizadas as duas primeiras coletas com intervalos de 1 ano e caso os resultados sejam normais o exame passe a ser feito a cada 3 anos. O início da coleta deve ser aos 25 anos para as mulheres que já tiveram ou tem atividade sexual. O rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado. Os exames periódicos deveram seguir até os 64 anos e naquelas mulheres sem história previa de doença neoplásica pré-invasiva, interrompidos quando essas mulheres tiverem pelo menos 2 exames negativos consecutivos nos últimos 5 anos. Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca se submeterem ao exame citopatológico, deve se realizar 2 exames com intervalo de 1 a 3 anos. Se ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais. Mulheres jovens sexualmente ativas devem ser orientadas sobre anticoncepção, doenças sexualmente transmissíveis e práticas de sexo seguro. Essas medidas podem ser implementadas sem a necessidade de sua inclusão no programa de rastreamento de câncer do colo de útero. O rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como as demais mulheres, devendo sempre ser considerada uma oportunidade a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal. O rastreamento em mulheres menopausadas pode levar a resultados falsos-positivos causados pela atrofia secundária ao hipoestrogenismo, estas mulheres devem ser rastreadas de acordo as orientações para as demais mulheres, si necessário proceder a estrogenização previamente à realização da coleta. Mulheres submetidas a histerectomia total por lesões benignas sem história previa de diagnostico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais. Em casos de histerectomia por lesão precursora ou câncer de colo de útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada. Mulheres sem história de atividade sexual não devem ser submetidas ao rastreamento pois considerando os conhecimentos atuais em relação ao papel de HPV na carcinogênese do colo de útero e que a infecção viral ocorre por transmissão sexual, então estas mulheres não tem risco de lesão neoplásica. Mulheres HIV positivas com contagem de linfócitos CD4 + abaixo de 200 células/mm³ devem ter o rastreamento citológico a cada 6 meses. (BRASIL, 2016).

No momento do preventivo, no rastreamento do câncer de colo de útero também é feito o rastreamento para câncer de mama, com exame pelo profissional de saúde. Neste sentido há comunicação continua entre o profissional da enfermagem e o médico do posto, pois caso durante a coleta surja alguma anomalia há, então a solicitação de auxílio médico.

A equipe de saúde realiza vigilância de mulheres da área de abrangência que tem entre 25 e 64 anos de forma continua, dinâmica e responsável, e realiza uma reunião semanal onde um assunto sobre o tema é discutido e situações relativas ao

preventivo são apresentadas, verificando a existência de mulheres, no município, que não participam das ações de saúde em que são convocadas e, assim, são planejadas diferentes ações para visita domiciliar e resgate dessas mulheres o que envolve muitos profissionais. Por vezes temos pacientes novas no município e que são cadastradas prontamente, durante as visitas de agentes para atualizar os dados gerais de saúde orientando a elas da realização do preventivo.

4. VISITA DOMICILIAR

Na Unidade Básica de Saúde de Inhacorá/RS, a prática da visita domiciliar era feita de forma aleatória, conforme a demanda dos familiares ou dos profissionais (Agentes comunitários de saúde e enfermeira). No entanto, desde que comecei a trabalhar, mudei esta metodologia visando ampliar o acesso e promover a equidade no atendimento. Para a execução da visita domiciliar é importante definir seu foco, que pode abranger um ou mais dos seguintes objetivos (OHARA, *et. al.*, 2008. P. 115-30):

- Conhecer o domicílio e suas características ambientais, identificando socioeconômicas e culturais.
- Verificar a estrutura e a dinâmica familiares com elaboração do genograma ou familiograma ou ecomapa.
- Identificar fatores de risco individuais e familiares.
- Prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em caso de acamados.
- Auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, estimulando a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não.
- Promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida.
- Propiciar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde-doença.
- Adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares.
- Intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares.
- Estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o autocuidado.
- Aperfeiçoar recursos disponíveis, no que tange a saúde pública, promoção social e participação comunitária.

O primeiro passo foi a seleção do indivíduo e/ou das famílias ser pautada nos critérios definidores de prioridades, por conta de especificidades individuais ou familiares (BORBA, 2007). Assim, deve-se considerar como critérios gerais:

- Situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde (morte súbita do provedor, abandono de um dos genitores, situação financeira crítica, etc.).
- Situação ou problema crônico agravado.
- Situação de urgência.
- Problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde.

- Problemas de acesso à unidade (condições da estrada, ausência de meios de transporte, etc.).
- Entre os adultos são priorizadas visitas domiciliares quando da identificação:
 - Do problema de saúde agudo que necessite de internação domiciliar.
 - Das ausências no atendimento programado.
 - Dos portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória.
 - Dos hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose e hanseníase que não estão aderindo ao tratamento.

Nas reuniões da equipe que foram acontecendo solicitei as agentes e enfermagens que fizessem um levantamento dos usuários que necessitam de visita domiciliar contínua. Com base nesta lista o segundo passo foi classificar a complexidade desses pacientes, para garantir a priorização das situações de maior risco aplicamos uma escala de risco familiar, pautada nas informações presentes na ficha de cadastro da família (tabela 1) do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), implantado em 2008 (OLIVEIRA, *et. al.*, 2004. p.134).

Tabela 1- Dados da Ficha A do SIAB e escores de risco

Sentinelas do risco		Escores do risco
Acamado		3
Deficiência física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (grave)		3
Drogadicção		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de 6 meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão arterial sistêmica		1
Diabetes mellitus		1
Relação morador/cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual 1	2
	Se menor que 1	0
Classificação		
Risco menor	Até 6 pontos	
Risco médio	De 7 a 9 pontos	

Risco máximo	Maior que 9 pontos
--------------	--------------------

Fonte: Oliveira (2004).

O terceiro passo realizado foi o de planejamento quanto a periodicidade de visitas domiciliares às famílias pela equipe de saúde de acordo com a classificação de risco familiar, conforme estudos de OLIVEIRA. (*Et. al.*, 2004. p. 134): “Risco máximo: Visitas semanais. Risco médio: Visitas quinzenais. Risco menor: Visitas mensais.”

Geralmente em minha UBS são realizadas de quatro a seis visitas por período, temos uma planilha de controle em que poderemos orientar os pacientes e avisar com antecedência o dia da visita.

As visitas em casos de doenças agudas estão sendo menos frequente cada vez, ainda bem que os cuidadores preferem-se comunicar conosco para avaliar

primeiro o doente antes de levá-los ao hospital do município de Chiapetta, que fica ao lado, e tão logo após a comunicação nos deslocamos rapidamente e prestamos atendimento certo sem dificuldade nenhuma, sempre, com o apoio da secretaria de saúde municipal e da prefeitura, sendo a saúde priorizada no município.

As visitas são realizadas juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde que conhecem o endereço e a equipe de enfermagem. No domicílio, inicia-se pela abordagem clínica ao caso prioritário. Após a avaliação individual, é realizada a abordagem familiar e, posteriormente, são prescritos os cuidados. Feitos os encaminhamentos e fornecidas as orientações pertinentes de acordo com a especificidade do caso e de sua família, e os cuidadores têm seu espaço para esclarecimentos, sanar dúvidas em relação à conduta e outras questões. Durante a visita, todas as situações de risco identificadas devem ser abordadas e/ou registradas para encaminhamentos posteriores.

Muitas vezes nas visitas domiciliares percebemos que o usuário e sua família não seguem as orientações da forma adequada, seja por negligência ou por falta de recursos financeiros, o cuidador centraliza todo o cuidado e não compartilha com os demais membros da família, em inúmeras situações, prejudicando sua própria saúde. Através das visitas, se enfatiza que a principal preocupação é o cuidado básico que a própria família deve ter para garantir o bem-estar biopsicossocial do paciente, bem como, a importância de dividir o cuidado entre os filhos e demais membros da família, tanto do ponto de vista financeiro quanto prático e afetivo.

A realização de procedimentos mais utilizada nas visitas é a aferição da pressão arterial e da glicemia em diabéticos. Quando há necessidades de exames laboratoriais, são solicitados pelo médico da UBS. Os exames são trazidos pelo cuidador ou ACS, então, são registrados em prontuário os resultados e, imediatamente, se determina a conduta adequada a ser observada.

Considera-se a visita uma oportunidade para o profissional atuar na promoção da saúde e prevenção de doenças, como parceiro da família, identificando as especificidades de cada domicílio, indivíduo e família, podendo assim fortalecer os

aspectos positivos e orientar a correção de problemas bem caracterizados durante a visita.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

O curso “Especialização em Saúde da família”, tem sido muito importante, visto que, a organização do sistema de saúde neste país é totalmente diferente do de Cuba, motivo pelo qual, o curso tem sido um instrumento para nortear o comportamento cotidiano dos profissionais estrangeiros que exercem a medicina no Brasil. Assim, conhecendo a história das políticas de saúde no país, a organização dos serviços, as leis que marcam cada um dos passos a seguir pelos profissionais da saúde e os pacientes. A disponibilização deste curso tão valioso é um recurso que permite interagir *online* com tutores de muita experiência na aprendizagem na atuação diante de muitas doenças endêmicas que não são próprias de Cuba, realizando assim, um perfeito intercâmbio de práticas e de procedimentos para o atendimento populacional.

Durante a realização deste curso “Especialização em Saúde da família” conseguimos ter um grande ganho de conhecimento, tanto teórico quanto prático, ajudando no desenvolvimento profissional, pois a través das aulas, artigos e atividades dos módulos foi possível aperfeiçoar habilidades, atualizar protocolos e colocar em prática todo este conhecimento adquirido para atender, de forma eficaz toda a população e as demandas que chegam até a Unidade Básica de Saúde.

Ao iniciar o trabalho na UBS, foi verificada uma prevalência elevada do número de pacientes com hipertensão arterial e, por isso, o projeto de intervenção educativa foi executado com pacientes em que era possível verificar a falta do observância do tratamento correto, já indicado pelos profissionais da saúde. O projeto denominado de “Hipertensão arterial sistêmica: plano de ação para diminuir a prevalência e melhorar a adesão dos hipertensos ao tratamento no município de Inhacorá/RS”, demonstrou ser indispensável a atuação do profissional da saúde para conscientização da população, quanto a importância da mudança do estilo de vida, outrora, inadequado e que tinha como consequência graves prejuízos à saúde do paciente.

Assim, fora incorporada a agenda profissional o atendimento por grupos: Saúde da criança, do idoso, da mulher, do homem, saúde mental, bem como visitas

domiciliares. Ao final, nosso trabalho primordialmente dever ser na prevenção da proliferação de doenças e na promoção de saúde. Por exemplo, em um caso de uma visita domiciliar a uma idosa de 112 anos do Município de Inhacorá/RS sem problemas crônicos de saúde, apresentando apenas ausência de capacidades visuais, auditivas e dificuldades de comunicação verbal, em que a família fora orientada sobre a alimentação adequada para a idosa, a prevenção de acidentes domésticos, o tempo de sono necessário, cuidados acerca de lesões de pele e infecções respiratórias que podem ocorrer, além de questões sobre sua locomoção, visto que a idosa, já apresenta certa atrofia de membros que impossibilita sua mobilidade de forma autônoma. Outrossim, foram verificadas as condições socioculturais, econômicas e familiares nas quais o paciente está imerso e que afetam sua saúde de forma direta ou indireta. Essa forma de orientação é um dos reflexos das práticas provocadas pelo Curso de “Especialização de Saúde da Família”, visto que são temas próprios e que demandam atenção e preparo adequado, como visto nos casos clínicos estudados.

Visitas domiciliares, como a relatada anteriormente, fazem parte da estratégia nacional de Saúde da família, que, através delas tenta humanizar e aproximar pacientes e mecanismos de saúde. Assim,

[...] A equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de situações de risco. O acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde em micro áreas, selecionadas no território de responsabilidade das unidades de Saúde da Família, representa um componente facilitador para a identificação das necessidades e racionalização do emprego dessa modalidade de atenção (BRASIL, 1997, p.14).

Por conseguinte, algumas iniciativas foram feitas visando melhorar a comunicação entre a equipe de saúde e a comunidade, tais como colocar cartazes e informativos nas paredes dos prédios públicos, distribuição de panfletos e a utilização do programa municipal de rádio para conscientizar acerca da prevenção dos principais fatores de risco modificáveis da hipertensão arterial sistêmica, assim, promovendo ações de saúde que visem a eliminação do hábito de fumar, do alcoolismo, sedentarismo, obesidade, hipercolesterolemia, bem como, informar outras situações de saúde pública que são importantes para o desenvolvimento humano, como a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, a importância do aleitamento

materno, da realização do preventivo para o rastreamento do câncer do colo do útero e do exame periódico da próstata para identificação precoce do câncer, dentre outras ações de saúde.

Outra mudança que foi a de coletar mais dados nos prontuários individuais e aplicar o modelo S.O.A.P. para registro das informações, pois os prontuários tinham pouca informação sobre os usuários. O método S.O.A.P é entendido como:

O S.O.A.P. é um acrônimo utilizado em um Prontuário Orientado por Problemas e Evidências para registro da evolução dos problemas das pessoas atendidas na sua prática médica diária. Cada letra refere-se a um tipo de informação:

[...]

SUBJETIVO

[...]

OBJETIVO

[...]

AVALIAÇÃO

[...]

PLANO [...] (PROFISSÃO MÉDICA, 2018).

Fazendo uma reflexão sobre o período trabalhado, é possível afirmar que houve uma melhora na qualidade das consultas, aumento da interação com a equipe, convocando reuniões, pactuando ações e atuando no processo de planejamento e organização do serviço na UBS de Inhacorá.

REFERÊNCIAS

BORBA, P.C.; *Et al.* **O PSF na prática: organizando o serviço**. Juazeiro do Norte: FMJ, 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. **Atenção ao Pré-natal de baixo risco**. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_pre_natal.pdf>. Acesso em 01 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* – protocolo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. **Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do Câncer do Colo do útero**. 2. Ed. Ver. Amp. Atual: Rio de Janeiro: INCA, 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. **Informativo nº. 1/2017**. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativo_numero1_2017.pdf>. Acesso em 01 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

GOMES, Bruna Cristiane Furtado; OLIVEIRA, Isabel Cristine. **Qualificação da atenção aos usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes *Mellitus* em uma unidade básica da fronteira Oeste do Rio Grande do Sul**. <<https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/viewFile/6955/5720>>. Acesso em 13 de jan. 2018.

GISMONDI, Ronaldo. **Nova diretriz brasileira de dislipidemia: o que há de novo**. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/nova-diretriz-brasileira-de-dislipidemia-o-que-ha-de-novo/>>. Acesso em 01 dez 2017.

INHACORÁ. **História**. Disponível em: <<http://www.inhacora.rs.gov.br/municipio/historia/>>. Acesso em 13 jan. 2018.

OHARA ECC, Ribeiro MP. Assistência domiciliária. In: Ohara ECC, Saito RXS (Eds.). **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

OLIVEIRA, R.; *Et al.* Organização de visitas domiciliares. In: **Anais do VI Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade**, 2004. Rio de Janeiro: SBMFC, 2004.

PROFISSÃO MÉDICA. **Método SOAP na medicina: uma excelente maneira de documentar seus atendimentos na Atenção Primária à Saúde**. Disponível em:

<<http://profissaomedica.com.br/lp/wp-content/uploads/2017/03/profissao-medica-ebook-metodo-soap-na-medicina.pdf>>. Acesso em 13 jan. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Posicionamento Oficial SBD nº 02/2017**: Conduta Terapêutica No Diabetes Tipo 2: Algoritmo SBD 2017.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS

Direlis Perez Garcia

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR A
PREVALÊNCIA E MELHORAR A ADESÃO DOS HIPERTENSOS AO
TRATAMENTO NO MUNICÍPIO DE INHACORÁ/RS

PORTO ALEGRE
2017

RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Apresentando-se como uma nova maneira de trabalhar em saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção. O PSF Inhacorá pertence à cidade de Inhacorá e atende uma população de aproximadamente 2353 habitantes. Ao realizar diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF Inhacorá, foram identificados diversos problemas de saúde, destacando-se a alta prevalência de Hipertensão Arterial e dificuldades na adesão dos hipertensos ao tratamento. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. É um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. O desenvolvimento de ações e estratégias para a implementação de medidas preventivas e de promoção à saúde, controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e suas complicações são diretrizes previstas na Estratégia de Saúde da Família que objetivam uma melhor qualidade de vida da população. Nesta perspectiva, foi elaborada uma proposta de intervenção com o objetivo de diminuir a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica e melhorar a adesão dos hipertensos ao tratamento no PSF Inhacorá do município de Inhacorá/RS. Esperando-se com o desenvolvimento deste trabalho diminuir a prevalência desta doença e melhorar a adesão dos hipertensos ao tratamento.

Descritores: Hipertensão, Terapêutica e Educação em Saúde.

ABSTRACT

The Family Health Program (FHP) in Brazil emerges as a strategy for reorienting the care model from the primary care, in accordance with the principles of the Unified Health System. FHP appears as a new way of working health, with the family as center of attention and not only the individual patient, introducing new vision in the health intervention process in that it does not expect the people get to be answered, because it acts preventively on it from a new model of care. The PSF Inhacorá belongs to the town of Inhacorá and serves a population of approximately 2353 inhabitants. To conduct situational diagnosis of the area covered by the PSF Inhacorá, several problems were identified and the most relevant problem was relational to high prevalence of hypertension and difficulties in adherence of hypertensive treatment. Systemic Hypertension (HBP) is a serious public health problem in Brazil and worldwide. One of the most important risk factors for the development of cardiovascular, cerebrovascular and renal diseases. The development of actions and strategies for implementing preventive measures and health promotion, control of systemic hypertension and its complications are guidelines set out in the Family Health Strategy aimed at a better quality of life of the population. In this perspective, an intervention proposal we drawn up in order to reduce the prevalence of systemic arterial hypertension and improve adherence of hypertensive treatment at PSF Inhacorá de Inhacorá / RS. We expected to develop this work to reduce the prevalence of this disease and improve adherence of hypertensive treatment.

Descriptors: Hypertension, therapy and Health Education.

Palavras – chave:

HAS-- Hipertensão Arterial Sistêmica.

PSF-- Programa de Saúde da Família.

IDH-- Índice de Desenvolvimento Humano.

NASF-- Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

CEO-- Centro de Especialidades Odontológicas.

ESF-- Equipe de Saúde da Família.

UBS-- Unidade Básica de Saúde.

SUS-- Sistema Único de Saúde.

SIAB-- Sistema de Informação da Atenção Primária.

AVC-- Acidente Vascular Cerebral.

IAM-- Infarto Agudo de Miocárdio.

SCIELO -- Scientific Electronic Library Online.

NESCON-- Núcleo de Educação em Saúde Coletiva.

DCNT-- Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

DM -- Diabetes Melitus.

IMC-- Índice de Massa Corpórea.

IECA-- Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina.

ASP-- Atenção Primária a Saúde.

CHD-- Doença Cardíaca Coronariana.

SUMÁRIO

1. Introdução	6
2. Objetivos	8
2.1 Geral	8
2.2 Específicos	8
3. Revisão da literatura	9
4. Metodologia	13
5. Cronograma	21
6. Recursos necessários	22
7. Resultados esperados	23
8. Referências	24
APÊNDICE	29
ANEXOS	30

1. INTRODUÇÃO

O município Inhacorá, conforme dados de seu *site* oficial, possui uma área de 114,1 km² e tem 2.353 habitantes conforme o último censo. Sua densidade demográfica é de 19,9 habitantes por km² no território do município, que possuem o gentílico de “inhacorenses”. Vizinho dos municípios de Chiapetta, Alegria e Giruá, Inhacorá se situa a 26 km a Sul-Leste de Três de Maio, a maior cidade próxima. Está situado a 361 metros de altitude, de Inhacorá tem as seguintes coordenadas geográficas: Latitude: 27° 52' 47" Sul, Longitude: 54° 1' 1" Oeste (INHACORÁ, 2018).

Essa terra era habitada por índios que a denominavam de "Inhacorá" (palavra de origem Guarani e que significa campo cercado pela natureza), tal nome ainda é utilizado. O povoado se formou a margem do Lajeado Engenho. Ao se estabelecerem, os primeiros moradores foram paulatinamente aumentando e dentro do povoado criaram-se três casas comerciais, motivo pelo qual a comunidade passou a ser reconhecida como “Três vendas do Inhacorá” (OLIVEIRA, 1995).

A economia local está fortemente ligada a agricultura e agropecuária, bem como, a prestação de serviços. O único grande empregador, fora da agricultura é o próprio município, através da Prefeitura, local onde se controlam as atividades administrativas e demandas principais da cidade.

A população cadastrada dentro da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família é de um total de 2.353 habitantes e 687 famílias, distribuídas em 6 micro áreas. Com serviços de abastecimento de água tratada, sem recolhimento de esgoto por rede pública. As principais atividades econômicas do município são a agricultura e a prestação de serviços. Não existe população ribeirinha, população indígena ou população em situação de rua assistida no território de abrangência (INHACORÁ, 2018).

A estrutura física da Unidade Básica apresenta plena cobertura para a prestação dos serviços de saúde e consiste em: uma sala de triagem, dois consultórios médicos, um consultório odontológico com uma cadeira própria, uma sala de medicamentos, uma sala de curativos, uma sala de vacinas, uma sala de reuniões, uma cozinha, dois banheiros, uma sala de ambulatório, uma sala de espera, uma sala de esterilização, um expurgo, uma sala de exame ginecológico de enfermagem, uma sala de atendimento psicológico, uma sala de fisioterapia. Na parte de atrás do posto e anexo fica a Secretaria de saúde municipal com os profissionais sanitários e da parte

administrativa (gerencia e marcação) de saúde.

A equipe do PSF Inhacorá é constituída por dois médicos; duas enfermeiras; dois técnicos de enfermagem; duas auxiliares de limpeza; seis agentes comunitários de saúde; um cirurgião dentista; um auxiliar de saúde bucal; uma psicóloga; um nutricionista; um fisioterapeuta. A carga horária é de 40 horas semanais, exceto para o médico que pertence ao Programa Mais Médicos que tem um período de 8 horas semanais de dedicação para o curso de especialização em Saúde da Família.

As doenças cardiovasculares são, hoje, a principal causa de morte no Brasil. Assim, uma das grandes preocupações do Governo brasileiro, através do Ministério da Saúde é o investimento na produção de pesquisas e análises deste assunto, encarado como um problema de saúde pública (EBC AGENCIA BRASIL, 2017).

As doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes no município de Inhacorá são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com 318 pacientes cadastrados e a Diabetes *Mellitus* com 85 pacientes. Em recente estudo, se verificou que,

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes causadas por acidente vascular cerebral e 25% das mortes por doença arterial coronariana que em combinação com o diabetes leva a 50% dos casos de insuficiência renal terminal (GOMES; OLIVEIRA, 2016).

A equipe se preocupa com a alta prevalência de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica, com tendência a aumentar a cada ano, por isso nos propomos com este projeto a diminuir a alta porcentagem de doentes e com risco de sofrer HAS na comunidade, além disso, facilitar uma melhor adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Criar um plano de intervenção para diminuir a prevalência da Hipertensão Arterial e melhorar a adesão dos hipertensos ao tratamento no PSF Inhacorá/RS.

2.2 Específicos

- Realizar com a equipe de saúde o levantamento dos principais problemas de saúde no território;
- Priorizar cada problema identificado, para classificar cada um deles tendo em conta a importância, urgência e capacidade de intervenção da equipe;
- Fazer ações educativas com a comunidade e pacientes com risco a desenvolver Hipertensão Arterial para aumentar o conhecimento desta doença na população;
- Realizar uma análise para identificar as causas mais relevantes do problema identificado e selecionar os nós críticos que estão dentro da população afetada;
- Facilitar maior adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento para tentar diminuir a prevalência desta doença na comunidade de Inhacorá.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Entre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por cerca de 40% das mortes por Acidente Vascular Cerebral (AVC), 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal (CHRESTANI *et al*, 2009).

Segundo autores O'Shea, PM; Griffin, TP; do artigo "Hipertensão: *The role of biochemistry in the diagnosis and management*" (2017), a Hipertensão arterial é definida como uma pressão arterial persistentemente elevada $\geq 140/90$ mmHg. É um importante tratável fator de risco para doença cardiovascular, com uma alta prevalência na população em geral. A causa mais comum, hipertensão essencial, é uma doença generalizada - no entanto, hipertensão secundária é abaixo dos investigados e menos diagnosticado. Coletivamente, a hipertensão é referido como um "assassino silencioso" - frequentemente ele exibe sem sintomatologia evidente. É o principal fator de risco para morte e invalidez globalmente, com > 40% de pessoas com idade mais de 25 anos tendo hipertensão. Um vasto espectro de resultado de condições na hipertensão essencial através de abrangência resistente, para pacientes com uma causa evidente do sistema endócrino. Um número significativo de pacientes com hipertensão têm múltiplos fatores de risco cardiovascular no momento da apresentação. Análise bioquímica serve para identificar aqueles indivíduos hipertensos que estão em maior risco, com base em provas de disglucemia, dislipidemia, disfunção renal ou lesão de órgão-alvo e para excluir causas identificáveis de hipertensão. O principal alvo da análise bioquímica é a identificação de pacientes com uma etiologia específica e tratável de hipertensão (O`SHEA *et al*, 2017).

No ano 2013, a prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população adulta brasileira, para o conjunto do país, zona urbana/rural, grandes regiões e Unidades da Federação foi de 21,4 % (IC95 por cento: 20,8-22,0), sendo maior entre mulheres (24,2 %; IC95 por cento: 23,4-24,9), indivíduos com mais de 75 anos de idade (55,0 %; IC95 por cento: 51,8-58,3), menos escolarizados (31,1 %; IC95 por cento: 30,1-32,2), de raça/cor preta (24,2%; IC95 por cento: 22,2-26,3), residentes na zona urbana (21,7 %; IC95 por cento: 21,0-22 (BRASIL, 2010).

Nesse sentido,

[...] O autoconhecimento da hipertensão arterial pode contribuir para seu melhor controle; no entanto, desconhece-se o quanto esse conhecimento é influenciado pela gravidade da própria doença [...] A média de idade foi $57,8 \pm 10,0$ anos, 64,0% de mulheres. A idade mais avançada, maior valor da pressão arterial sistólica e tempo de hipertensão, bem como a maior presença de diabetes, dislipidemia e tabagismo foram mais prevalentes no grupo de maior risco cardiovascular. O conhecimento envolvendo os fatores de risco e modificação do estilo de vida não foi diferente entre os grupos de risco cardiovascular. Apenas o conhecimento sobre as complicações associadas à hipertensão arterial foi menor no grupo de muito alto risco cardiovascular ($p < 0,001$). [...] O grupo de maior risco cardiovascular é aquele que evidencia maior desconhecimento sobre as complicações associadas à hipertensão arterial sistêmica (LIMA, *et. al.*, 2017).

Segundo Ferreira (2009) os fatores de risco que predisõem o surgimento e desenvolvimento da HAS são:

Idade avançada: Estudos populacionais mostram que a prevalência da HAS é maior quanto mais elevada for à faixa etária. Com o decorrer da idade, há redução da complacência dos grandes vasos, enrijecimento das artérias e diminuição da elasticidade entre outros aspectos fisiopatológicos, que comprometem uma boa função cardíaca.

Controle de peso corporal: A sociedade brasileira de cardiologia afirma que o excesso de peso aumenta de 2 a 6 vezes o risco de desenvolver HAS. Recomenda-se manutenção do peso ideal associado com índice de massa corpórea (IMC). O nível de IMC para definição de obesidade não se diferencia na população idosa, havendo, porém maior tolerância para os mesmos.

Regulamentação dietética: Segundo a sociedade brasileira de cardiologia, a dieta deve conter baixo teor de gordura, colesterol e sódio, assim como elevado teor de potássio e fibras. O valor calórico total deve ser ajustado para obtenção e manutenção do peso ideal.

Sedentarismo: Um estilo de vida sem exercícios regulares aumenta a probabilidade de excesso de peso, significando um fator de risco para o desenvolvimento da HAS.

Herança genética: Níveis de pressão arterial estão correlacionados entre os membros da família, o fato é atribuído à herança genética comum ambiente compartilhado ou estilo de vidas individuais que tenham hipertensos na família poderão sofrer de pressão alta.

Medicamentos: Vários medicamentos também elevam a pressão do sangue ou interferem na eficácia das drogas anti-hipertensivas. Dentre estes, estão os

contraceptivos orais, agentes anti-inflamatórios não esteroides, descongestionantes nasais, ciclosporina, antidepressivos tricíclicos e inibidores oxidases não aminos. (FERREIRA *et al*, 2009).

Para o tratamento da doença são utilizadas tanto medidas não medicamentosas isoladas, como associadas à adoção de fármacos anti-hipertensivos. (NOBRE *et al*, 2010).

O tratamento não farmacológico consiste na modificação do estilo de vida do paciente. Inclui hábitos alimentares saudáveis, redução do consumo de bebida alcoólica, abandono do tabagismo, combate ao sedentarismo e gerenciamento do estresse. (OLIVEIRA, 2011).

“Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução dos níveis tensionais e de eventos cardiovasculares fatais e não fatais” (DEPARTAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2018). Os anti-hipertensivos podem ser divididos nos seguintes grupos: Diuréticos; Inibidores adrenérgicos; Vasodilatadores diretos; Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA); Bloqueadores dos canais de cálcio, Inibidores dos receptores da angiotensina II e inibidores da endotelina. (GOULART, 2011).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no mundo, no Brasil e no município Inhacorá, Rio Grande do Sul, é um fator de risco independente para doenças cardiovasculares e renais.

Apesar do risco que a HAS representa, a adesão à terapia anti-hipertensiva ainda é insatisfatória e permanece como desafio aos serviços de saúde e às políticas públicas, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS). A grande maioria dos portadores de HAS não tem sua pressão controlada de forma efetiva, o que pode ser explicado pela baixa adesão ao tratamento. Estima-se que, entre os pacientes em tratamento, 75% a 92% não consigam manter a pressão arterial em níveis satisfatórios. (RIBEIRO, *et al*, 2011).

Muitas vezes, por mais que o paciente tenha ciência da doença e de suas complicações e dos esforços dos profissionais de saúde no acompanhamento e no tratamento médico adequado, o paciente se recusa ao tratamento adequado, por suas causas ou interesses. Esse é um grande problema de saúde, visto que,

Resulta complicado muitas vezes identificar as causas da não adesão do paciente portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS) ao tratamento. A hipertensão arterial é uma das doenças cardiovasculares mais comum, silenciosa e assintomática onde exerce grande influência nas complicações de patologias importantes como o acidente vascular cerebral (AVC) e o infarto agudo do miocárdio (IAM). É o maior problema de saúde pública no país. Os

familiares são de grande importância para o sucesso do tratamento, atuam no auxílio direto ao controle dos níveis pressóricos, incentivando o usuário à adesão, promovendo assim a prevenção de possíveis complicações. (RUFINO *et al*, 2012).

Como fatores obstaculizadores da adesão, destacam-se a falta de informação sobre a doença, a passividade do indivíduo em relação aos profissionais de saúde e à escolha do esquema terapêutico, e as representações negativas relacionadas à doença e ao tratamento.

No caso da HAS, vários motivos são apontados como causa para a resistência à mudança de hábitos de vida, dentre eles o curso assintomático da doença, a subestimação de suas reais consequências e a dificuldade de mudança de padrões comportamentais construídos ao longo do tempo. (RIBEIRO, *et al*, 2018).

Desta forma, fica evidente a necessidade constante de aumento nas orientações em relação as consequências do não tratamento por parte do paciente. Assim, inclusive o Ministério da Saúde, cada vez mais trabalha com “[...] processos de educação em saúde, com cartilhas, programas educativos, comprometimento de uma equipe multiprofissional, com o objetivo de reduzir o número de letalidade com referência a essa patologia.” (RUFINO *et al*, 2012).

Nesse sentido, é imprescindível que, os pacientes que frequentam a UBS de Inhacorá, tenham ciência de eventuais problemas cardiovasculares, como a HAS e estejam convencidos da necessidade de tratamento adequado para aumento da expectativa e da qualidade de vida.

4. METODOLOGIA

O presente estudo se trata de um projeto de intervenção, que será realizado no ano de 2017 pela equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Inhacorá, município Inhacorá, Rio Grande do Sul, após a realização do diagnóstico situacional, seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES).

- *Diagnóstico Situacional:*

Com o objetivo maior de proporcionar uma reorientação em relação aos mecanismos de trabalho e ações existentes no que tange a atenção básica proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a estratégia Saúde da Família é um instrumento fundamental de trabalho.

Em reunião da ESF (Estratégia de Saúde da Família) – Inhacorá, que objetiva a aproximação do paciente com os métodos e procedimentos de saúde, muitos foram os problemas e dificuldades abordados pelos membros que estão afetando o desenvolvimento e cumprimento dos nossos objetivos como atenção primária à saúde. Por isso definiu-se a tarefa de trabalhar em equipe e em interação com a população para uma melhor identificação dos problemas e posteriormente fazer uma análise para buscar soluções baseadas em possibilidades e realidades atuais. Será de muita importância o trabalho dos agentes comunitárias de saúde e seu conhecimento da população em sua totalidade.

Para o levantamento dos problemas do município serão utilizadas ferramentas para identificar as necessidades da comunidade e atender aos interesses locais. As agentes comunitárias de saúde fazem pesquisas e durante visitas domiciliares, entrevistam moradores. Fora colocada a caixa de opiniões na recepção da unidade e feitas entrevistas com informantes chaves e lideranças da comunidade, reuniões com a comunidade e o conselho local de saúde.

- ✚ *Primeiro passo: definição dos problemas:*

Lista de problemas levantados na área de abrangência da ESF-Inhacorá:

1. Alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da ESF-Inhacorá e as dificuldades na adesão dos hipertensos ao tratamento.
2. Alta prevalência de Diabetes Mellitus.
3. Alto índice de tabagismo.
4. Uso indiscriminado de medicações do tipo benzodiazepínicos, inibidor de bomba de prótons dentre outros, além da automedicação.
5. Hábitos dietéticos inadequados.

 *Segundo passo: priorização de problemas:*

A partir da definição da lista de problemas junto à equipe de saúde, torna-se necessária a priorização dos problemas com base na importância, urgência e a capacidade da equipe para intervenção. É importante ressaltar que essa priorização indica uma demanda momentânea da ESF atual e que é feita a partir da opinião dos membros da equipe, não descaracterizando cada um dos outros problemas como importantes na comunidade de abrangência.

Assim, é feita uma classificação de cada problema na importância (alta, média ou baixa), da urgência (pontos de zero a 10) e da capacidade de enfrentamento. Dessa forma, a seleção por ordem decrescente de prioridade para intervenção foi feita a partir da análise das três variáveis classificadas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

QUADRO 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Inhacorá, município Inhacorá/RS, 2017:

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de Hipertensão Arterial na área de abrangência da ESF- Inhacorá e dificuldades na adesão dos hipertensos ao tratamento.	Alta	10	Parcial	1
Alta prevalência de	Alta	10	Parcial	2

Diabetes Mellitus.				
Alto índice de tabagismo.	Alta	8	Parcial	5
Hábitos dietéticos inadequados	Média	7	Parcial	6
Uso indiscriminado de medicações do tipo benzodiazepínicos, inibidor de bomba de prótons dentre outros, além da automedicação.	Média	6	Parcial	7

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF-Inhacorá,2017.

Seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional, definiu-se como prioridade um problema de possível abordagem da equipe, analisando as possibilidades e elevada repercussão que tem no comportamento da morbidade e qualidade de vida das pessoas. O problema selecionado foi a Alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da ESF-Inhacorá e dificuldades na adesão dos hipertensos ao tratamento.

Terceiro passo: descrição do problema

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica e fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e doenças renais crônicas e vasculares periféricas, que podem levar a morte, sendo um grave problema de saúde pública. (BARROS *et al.* 2011)

A HAS hoje, é “responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente” (ALMEIDA, 2011), tal situação é, conseqüentemente uma das causas da diminuição da qualidade e expectativa de vida da população brasileira.

A HAS é uma doença de origem multicausal e multifatorial, decorrente da interação de fatores que foram surgindo com a evolução da humanidade. Devido à prevalência e de seus fatores de risco multiplica o risco de problemas cardiovasculares, colaborando para incrementar as taxas de morbimortalidade e os custos sócios econômicos. Sendo responsável por 45% dos ataques cardíacos e 51% dos acidentes vasculares cerebrais, segundo a Organização Mundial da Saúde (ALMEIDA, 2011).

Segundo o levantamento Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), em 2011 a hipertensão arterial atingia 22,7% da população adulta brasileira. E o mesmo estudo mostra em 2014 uma proporção de hipertensos de 24,1% da população adulta brasileira. (BRASIL, 2014).

No Brasil, um em cada três brasileiros em idade adulta sofre de HAS. Os pacientes com idade entre 18 e 24 anos tem índice de 8% contra 50% para a quem está acima de 55 anos. No que tange as questões de gênero, a hipertensão é maior em mulheres (25,5%), do que em homens (20,7%). Cerca de 20% da população brasileira é portadora de hipertensão (CAETANO, 2011).

O município Inhacorá tem 2353 habitantes cadastrados dentro de sua área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Inhacorá há 318 hipertensos. Assim verifica-se uma prevalência de 13.51 % na área de abrangência da equipe (SIAB, 2016).

Quarto passo: Identificação das causas e possíveis consequências

Para entender a origem e sistemática do problema, é importante conhecer suas causas e possíveis consequências.

A HAS é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais no sangue. É uma síndrome metabólica geralmente acompanhada por alterações corporais. A hipertensão pode acontecer quando artérias sofrem algum tipo de resistência, perdendo a capacidade de contrair e dilatar, ou então quando o volume se torna elevado, exigindo uma velocidade maior para circular (ABC. MED. BR, 2008).

Quando o coração contrai-se, bombeia o sangue para o corpo, esta força cria uma pressão sobre as artérias. Isso é chamado de pressão arterial sistólica, cujo valor normal é 120 mmHg (milímetro de mercúrio). Uma pressão arterial sistólica de 140 ou mais é considerada hipertensão. Há também a pressão arterial diastólica, que indica a pressão nas artérias quando o coração está em repouso, entre uma batida e outra. Um número normal de pressão arterial diastólica é inferior a 80, sendo que igual ou superior a 90 é considerada hipertensão (OLIVEIRA, 2011).

A hipertensão pode ser herdada dos pais em 90% dos casos de insurgência. Em poucos casos, a hipertensão pode ser consequência de outras doenças existentes, como distúrbios da tireoide ou em glândulas endócrinas, como a suprarrenal. Porém, existem muitas situações que influenciam a pressão arterial, tais como: Tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, estresse, consumo de sal,

colesterol, falta de atividade física, diabetes mellitus e sono (OLIVEIRA, 2011).

Além disso, há um agravamento da doença diante de do avanço do paciente na idade. Isso porque com o passar do tempo as artérias humanas ficam envelhecidas, calcificadas, perdendo a capacidade de dilatar - são chamados de vasos menos complacentes. Assim, a HAS aumenta em 70% entre pacientes com idade entre 50 e 60 anos (OLIVEIRA, 2011).

Por outro lado muitas são as possíveis consequências para a saúde o inadequado controle da doença. Quanto maior for a tensão arterial, mais o coração necessita trabalhar, o ventrículo para bombear o sangue para a artéria principal Aorta.

O músculo cardíaco precisa adaptar-se ao estresse que tende a aumentar com o tempo, e o tecido hipertrofia. Além do espessamento das fibras do músculo cardíaco (hipertrofia do músculo cardíaco), o tecido conjuntivo entre as fibras musculares desenvolve-se. É o chamado "coração hipertenso". O músculo cardíaco fica mais denso como consequência destes processos de reconstrução. (ABC. MED. BR, 2008).

Outro problema é que o fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco não acompanha o seu crescimento. As pequenas artérias que percorrem o músculo cardíaco são muitas vezes estranguladas pela pressão alta (microangiopatia) de tal modo que o fornecimento de oxigênio e nutrientes às camadas mais profundas do miocárdio pode estar em risco. Se não for tratada, a falha cardíaca crônica (insuficiência cardíaca) desenvolve-se com um alargamento dos ventrículos (TENSOVAL, 2018).

Na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Inhacorá existe uma alta prevalência dos fatores de risco para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial Sistêmica, como mostra a quadro 2.

QUADRO 2 – Prevalência dos fatores de risco associados à Hipertensão Arterial na população da ESF Inhacorá, município Inhacorá/RS, 2017.

Fatores de risco para Hipertensão Arterial.	Total de pacientes cadastrados.	Taxa de Prevalência.
Tabagismo	77	3.27%
Alcoolismo	20	0.84%
Hiperlipidêmicas	278	11.81%

Diabetes Mellitus	85	3.61%
Obesidade	170	7.22%

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF Inhacorá, 2017.

Segundo o diagnóstico situacional da Equipe de Saúde da Família Inhacorá do total de 318 hipertensos da área, 28 apresentam Miocardiopatia Hipertensiva. E no ano 2016 morreram 2 indivíduos com consequências de AVC e 1 produto de Infarto de Miocárdio (IM). Além disso, foram identificados 6 pacientes portadores de seqüela por AVC.

Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Os “nós críticos” são definidos como espaços do problema que causam impacto direto no problema e, além disso, está no espaço de governabilidade de quem deseja agir, ou seja, é passível de intervenção na instância do agente. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os “nós críticos” considerados do problema priorizado pela equipe poderão ser:

1. Falta de conhecimento da população sobre Hipertensão Arterial e dos fatores de riscos para desenvolver a doença.
2. Estilos de vida inadequados na população.
3. Inadequado processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família para enfrentar o problema.

O público-alvo será a população adstrita ao PSF, dentro da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família é de um total de 2.353 habitantes e 687 famílias, distribuídas em 6 micro áreas. Primeiramente em reunião de equipe será proposto o levantamento dos principais problemas da comunidade. Os quais serão identificados a partir de dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), pesquisa das agentes comunitárias de saúde, observação ativa da equipe, entrevista

com informantes-chaves e lideranças da comunidade, reuniões com a comunidade e o conselho local de saúde e caixa de opiniões na recepção da unidade.

Após a identificação dos problemas, a equipe realizará a priorização dos mesmos. Para isso, serão utilizados alguns critérios como: importância do problema, urgência do problema e capacidade de enfrentamento pela equipe. O principal problema priorizado é a "Alta prevalência de Hipertensão Arterial na área de abrangência da UBS Inhacorá e dificuldades na adesão dos hipertensos ao tratamento". Para a descrição do problema priorizado serão utilizados alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros produzidos pela própria equipe. Serão selecionados fatores de risco associados ao desenvolvimento da Hipertensão Arterial na comunidade assim como complicações derivadas desta doença.

Em seguida será realizada uma análise para identificar as causas mais relevantes do problema que precisam ser enfrentadas. Assim a equipe selecionará os "nós críticos" que estão dentro do espaço de sua governabilidade.

Assim serão propostas intervenções e ações educativas para a população e pacientes com risco de desenvolver Hipertensão Arterial Sistêmica para diminuir a prevalência da doença e possibilitar maior adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento.

Para a construção desse projeto foram pesquisadas bases de dados como: SCIELO, NESCO, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Porto Alegre, Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (Lilacs), etc.

Para subsidiar essa abordagem teórica, foi realizada uma revisão na literatura com os seguintes descritores: Hipertensão, Terapêutica e Educação em Saúde.

5. CRONOGRAMA

AÇÕES	Jul./17	Ago./17	Set./17	Out./17	Nov./17	Dez./17
Apresentação do trabalho para equipe da USF Inhacorá.	X	X				
Apresentação do trabalho para Conselho Local de Saúde.		X	X			
Execução do Plano de Intervenção.			X	X	X	
Análise e avaliação dos resultados do projeto pela equipe.					X	X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

Equipe de saúde da família composta por: 2 médicos, 6 agentes comunitários de Saúde, 2 técnicos de Enfermagem, 2 enfermeiros, 1 dentista, 1 técnico de saúde bucal, 1 nutricionista, 1 Psicóloga.

6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Computadores.
- Fichas de Acompanhamento de Domiciliar.
- Folha A4.
- Impressora.
- Cadernos de Atenção Básica (Envelhecimento, Atenção Domiciliar, entre outros).
- Sala para realização de grupos.
- Esfigmomanómetro e estetoscópio.
- Requisição para exames laboratoriais.
- Caneta.
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades.
- Boletins de atendimento coletivo.
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade.

6. RESULTADOS ESPERADOS

Através de atitude ativa, persistente e duradoura de toda a equipe, os pacientes do projeto alcançarão maior conhecimento da doença, os fatores de risco e como enfrentá-los e conseqüentemente evitar no possível as complicações derivadas da doença.

A temática sendo pautada na agenda de prioridades de equipe de saúde vai permitir que os planos de cuidados e/ou os projetos terapêuticos singulares envolvam todos os membros da equipe, contribuindo a pequenas mudanças na lógica de cuidado, até há pouco centradas no profissional médico. Isso pode gerar duas situações importantes: a liberação de consultas médicas desnecessárias para este grupo de pacientes, à medida que fortalece outras formas de cuidados; e a ressignificação do trabalho domiciliar para outros membros da equipe, como é o caso da equipe de enfermagem que, ao se qualificar, amplia seu cardápio de ações, no âmbito domiciliar.

Este projeto nos permitirá ampliar a responsabilidade de cada participante com relação ao seu próprio tratamento, estimulando sua independência e autonomia na tomada de decisões, construir os objetivos de tratamento de forma participativa/coletiva, estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar e acompanhar um maior número de pacientes motivando as mudanças de hábitos de vida e comportamentos com a finalidade de melhorar o seu estrato de risco.

8. REFERÊNCIAS

1. ABC. MED. BR, 2008. **Hipertensão Arterial**. Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/hipertensao-arterial/22140/hipertensao+arterial.htm>>. Acesso em: 5 abr. 2015.
2. ALMEIDA, A. B. *et al.* **Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária a saúde**. Ver APS. v. 14, n.3, p. 319-326, jul/set. 2011.
3. ARAÚJO, C.G.S. Fisiologia do exercício físico e hipertensão arterial. Uma breve introdução. **Revista Hipertensão**, 2001; 4. Disponível em: URL: www.arquivosonline.com.br Acessado em 11 de setembro de 2015.
4. BARBOSA, L. S; SCALA, L. C. N; FERREIRA, M. G. Associação entre marcadores antropométricos de adiposidade corporal e hipertensão arterial na população adulta de Cuiabá, Mato Grosso. **Rev. Bras. Epidemiol**, v.12, p.47-237, 2009.
5. BARBOSA, J. B. *et al.* Prevalência de Hipertensão Arterial e Fatores Associados em São Luís – MA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v.91, n.4, p.260-266, 2008.
6. BARRETO M.L, CARMO E.H. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: **Lessa I.** O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. São Paulo, p. 15-27, 1998.
7. BARROS, M. B. A. *et al.* Tendências das desigualdades sócias e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.16, n.9, p.3755-3768, 2011.
8. BRASIL. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: VIGITEL 2014**. Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Brasília 2014.
9. BRASIL. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de atenção básica; 16). Brasília 2006.
10. BRASIL. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: VIGITEL 2009**. Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Brasília 2010.
11. CAETANO J. A. *et al.* Atuação dos pais na prevenção de hipertensão arterial uma tecnologia educativa em saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. V. 16, n. 11, p.4385-4394, 2011.
12. CHRESTANI, M. A. D. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica autorreferida: validação diagnóstica em estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**. V. 25, n.11, p.2395-2406, 2009.

13. CIPULLO, J. P. *et al.* Prevalência de Fatores de Risco para Hipertensão em uma população Urbana Brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. V., n., 2009.
14. COLTRO, R.S., *et al.* Frequência de fatores de risco cardiovascular em voluntários participantes de evento de educação em saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.55, n.5, p.606-10, 2009. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n5/28.pdf> Acesso: 11 de Setembro de 2015.
15. COSTA, J.S.D., *et al.* Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.88, n.1, p.59-65, 2007. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2007000100010&script=sci_arttext Acesso: 11 de Setembro de 2015.
16. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - DHHS. Center for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. **Health United States, 2011**: With special feature on socioeconomic status and health. Hyattsville: MD, 2012.
17. DEPARTAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Capítulo 5**. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/capitulo5.asp>>. Acesso em 13 jan. 2018.
18. FERREIRA, S. R. G. *et al.* Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**. v.43, n.2, p. 98-106, 2009.
19. FONSECA, F.C.A., *et al.* A Influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.58, n.2, p.128-134, 2009. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n2/v58n2a11.pdf> Acesso: 11 de Setembro de 2015.
20. FUCHS S.C. *et al.* Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise das evidências. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.3, n.7, p. 3-90, 2004.
21. GIROTTO, E; ANDRADE, S.M; CABRERA, M.A.S. Prevalência de obesidade abdominal em hipertensos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.94, n.6, p.754-62, 2010. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2010000600008&script=sci_abstr act&tlng=pt Acesso: 11 de Setembro de 2015.
22. GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis**: estratégias de controle e desafios para o sistema de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p 96, 2011.
23. INHACORÁ. **História**. Disponível em: <<http://www.inhacora.rs.gov.br/municipio/historia/>>. Acesso em 13 jan. 2018.
24. MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(2); p.335-342, 2007.

25. NASCENTE, F.M.N., *et al.* Hipertensão Arterial e sua Correlação com Alguns Fatores de Risco em Cidade Brasileira de Pequeno Porte. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.95, n.4, p. 502-9, 2010. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2010nahead/aop10910.pdf> Acesso: 12 de Setembro de 2015.
26. NOBRE, F. *et al.* **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Revista Brasileira de Hipertensão. V.17, n.1, 2010.
27. OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Bioquímica da Hipertensão**. São Paulo - SP, 2011.
28. OLIVEIRA, O. G. **Inhacorá**: anotações para a história do Campo Cercado. Inhacorá: Prefeitura Municipal de Inhacorá, 1995.
29. PASSOS V.M. A. *et al.* **Hipertensão arterial no Brasil**: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Epidemiologia em Serviços da Saúde, v.15, p.35-45, 2006.
30. PIERIN, A.M.G.; *et al.* Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p1389-1400,2011. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000700074&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso: 12 de Setembro de 2015.
31. REINERS A.A.O. *et al.* Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciências Saúde Coletivas**, v. 13, p. 229-306, 2008.
32. RIBEIRO, A. G. *et al.* **Hipertensão arterial e orientação domiciliar**: o papel estratégico da saúde da família. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000200009>. Acesso em 13 jan. 2018.
33. RIBEIRO, A. G. *Et al.* **Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade**: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da Saúde da Família. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a05.pdf>>. Acesso em 13 jan. 2018.
34. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE INHACORÁ, SIAB. Março, 2017.
35. TENSOVAL. **Possíveis lesões no coração causadas pela hipertensão**. Disponível em: <http://tensoval.pt/possiveis_lesoes_%20no_coracao.php>. Acesso em 13 jan. 2018.

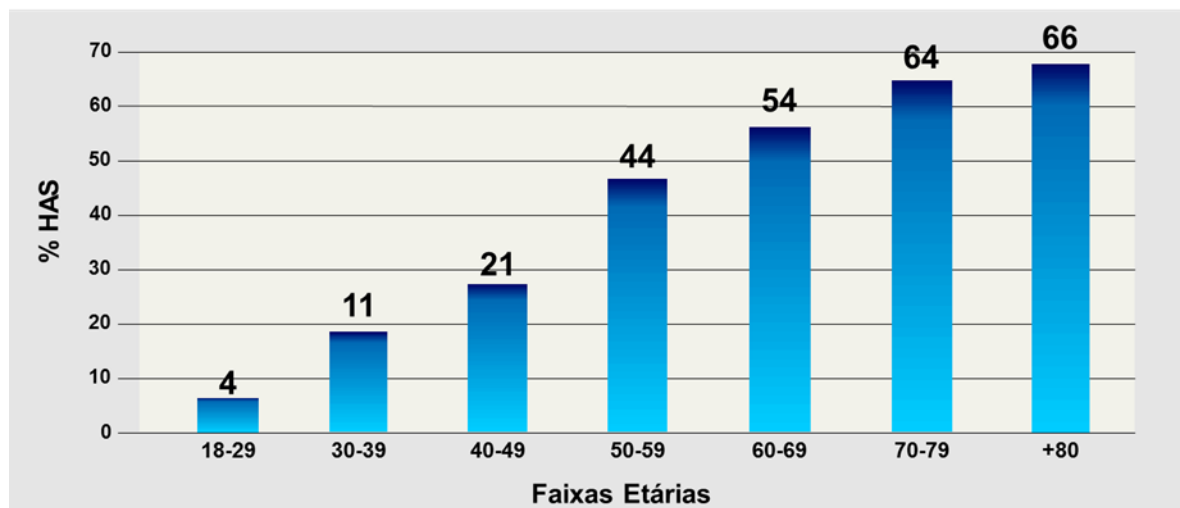
APÊNDICE



Vista aérea de Inhacorá/RS

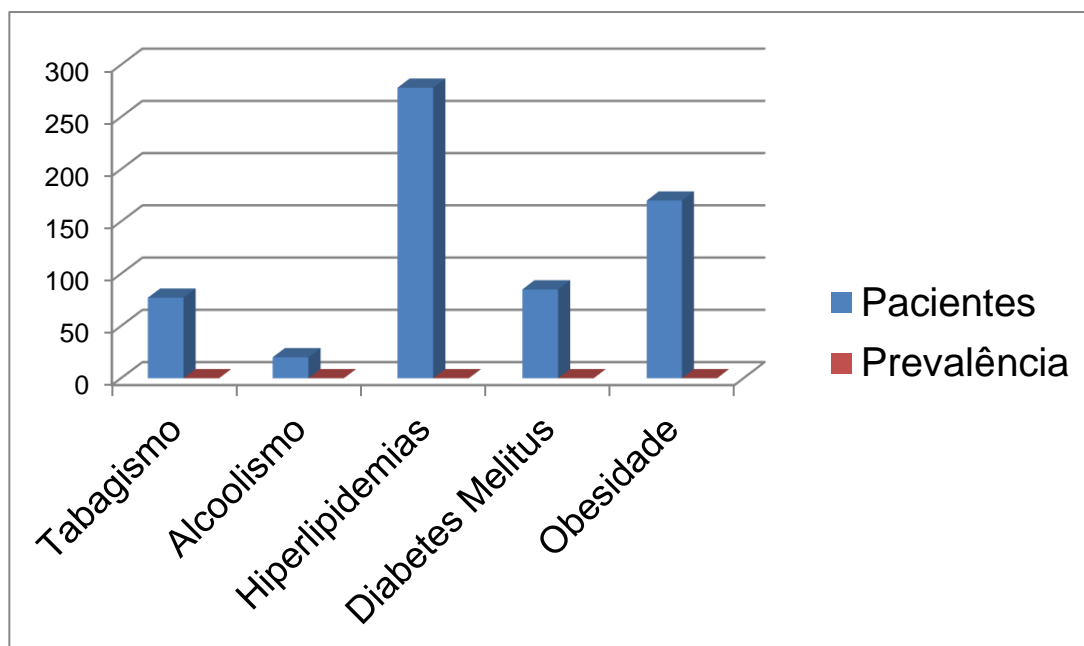
ANEXOS

Gráfico # 1: Prevalência de Hipertensão Arterial no Brasil 2014 por faixas etárias.



Fonte: VIGITEL 2014

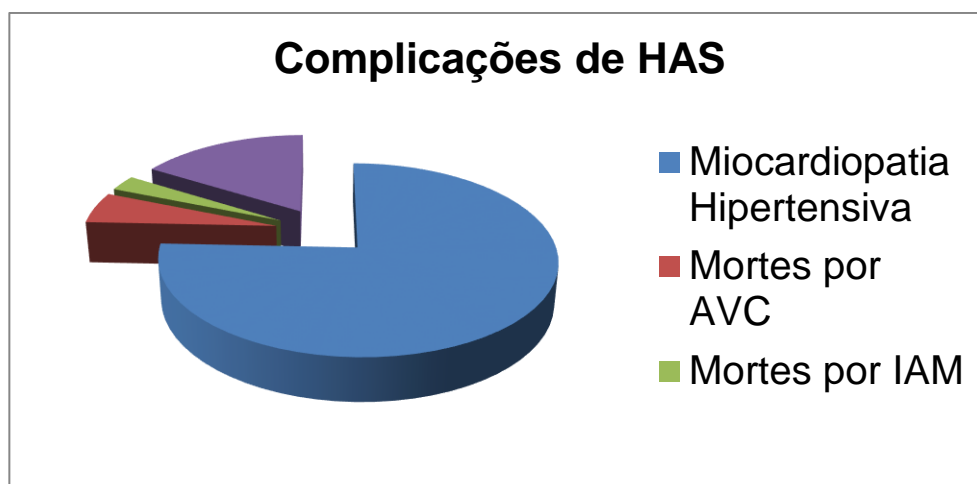
Gráfico # 2: Fatores de risco associados ao desenvolvimento da Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da ESF- INHACORÁ.



Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF-INHACORÁ/2017.

Gráfico # 3: Complicações associadas à Hipertensão Arterial na área de abrangência

da ESF- INHACORÁ.



Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF-INHACORÁ/2017.