

**DIMINUIÇÃO DO ÍNDICE DE PACIENTES HIPERTENSOS
ACOMPANHADOS PELA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE TIA GINA NO
MUNICÍPIO DE DIRCEU ARCOVERDE- PI: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Geane Silva Galvão¹

***Universidade Federal do Piauí (UFPI), Especialização em Saúde da Família
Comunidade, Teresina, Piauí, Brasil, geanesgalvao@gmail.com***

Francisca Miriane de Araújo Batista²

***Tutora da Especialização em Saúde da Família e Comunidade da
Universidade Federal do Piauí (UFPI) Teresina, Piauí, Brasil,
mirianearaujo@hotmail.com***

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial- PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Por meio do diagnóstico situacional realizado pela Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Tia Gina, constatou que a hipertensão arterial é um problema prioritário na área de abrangência devido ao alto índice de pacientes hipertensos sem controle e com dificuldade de adesão ao tratamento. Portanto, este trabalho teve por objetivo propor um projeto de intervenção para diminuir o alto índice de pacientes hipertensos acompanhados pela UBS Tia Gina no Município de Dirceu Arcoverde. A busca foi realizada através da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), Scientific Electronic Library Online (ScieLO), Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), através de registros da Equipe de Enfermagem, dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pelo banco de dados do SIAB. O Plano de ação baseou-se no Planejamento Estratégico Situacional com a finalidade de modificar os hábitos e estilo de vida da população por meio de um processo em educação em saúde com a capacitação da equipe multidisciplinar de forma a oferecer uma atenção integral e humanizada. Espera-se que este projeto de intervenção possa contribuir de forma significativa, para que estas estratégias sejam bem sucedidas e contribuam para a melhoria da adesão ao tratamento e assim diminuir o alto índice dos pacientes hipertensos acompanhados na UBS Tia Gina.

Palavras- chave: Hipertensão Arterial. Educação em Saúde. Estilo de Vida. Atenção Básica.

**DECREASE IN THE INDEX OF HYPERTENSIVE PATIENTS
ACCOMPANIED BY THE BASIC HEALTH UNIT TIA GINA IN THE CITY OF
DIRCEU ARCOVERDE-PI: INTERVENTION PROJECT**

Geane Silva Galvão¹

**Universidade Federal do Piauí (UFPI), Especialização em Saúde da Família
Comunidade, Teresina, Piauí, Brasil, geanesgalvao@gmail.com**

Francisca Miriane de Araújo Batista²

**Tutora da Especialização em Saúde da Família e Comunidade da
Universidade Federal do Piauí (UFPI) Teresina, Piauí, Brasil,
mirianearaujo@hotmail.com**

SUMMARY

Systemic arterial hypertension (SAH) is a multifactorial condition characterized by elevated and sustained blood pressure levels (PA \geq 140x90 mmHg). It is often associated with functional and / or structural changes in target organs (heart, brain, kidneys and blood vessels) and metabolic changes, with an increased risk of fatal and nonfatal cardiovascular events. Through the situational diagnosis carried out by the Health Team of the Basic Health Unit, Tia Gina, found that hypertension is a priority problem in the area of coverage due to the high index of hypertensive patients without control and with difficulty adhering to treatment. Therefore, this study aimed to propose a proposal for intervention to reduce the high rate of hypertensive patients followed by UBS Tia Gina in the Municipality of Dirceu Arcoverde. The search was done through the Virtual Health Library (BIREME), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), through records of the Nursing Team, Community Health Agents (ACS) and the SIAB database. The Plan of Action was based on Strategic Situational Planning with the purpose of modifying the habits and lifestyle of the population through a process in health education with the training of the multidisciplinary team in order to offer a comprehensive and humanized attention. It is hoped that this intervention project may contribute significantly to these strategies to be successful and contribute to improved adherence to treatment and thus decrease the high rate of hypertensive patients followed at UBS Tia Gina.

Key words: Hypertension. Health Education. Lifestyle. Basic Attention.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é alvo da política nacional de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, que constitui uma frente prioritária de ação em saúde tanto no Brasil quanto no mundo; tendo em vista a importante magnitude e transcendência que este agravo acaba trazendo e o impacto no estado de saúde das populações (5).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial- PA (PA \geq 140x90 mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (32).

A HA é uma das doenças mais estudadas do mundo, tem sido nomeada como a assassina silenciosa; porque em muitos casos se diagnostica quando alguns pacientes tem afetado alguns dos órgãos alvo (2). É a mais comum das condições que afetam o ser humano e constitui fator de risco de outras doenças como: Insuficiência Cardíaca, Cardiopatia Isquêmica, Doença Cerebrovascular e Insuficiência Renal.

Considerada como principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, a HAS, atinge prevalências alarmantes em todo o mundo. A morbidade e mortalidade das doenças do aparelho circulatório ocupam primeiro lugar nos levantamentos nacionais e internacionais, impactando numa maior ocupação dos leitos hospitalares e, conseqüentemente, maiores gastos com a saúde (21)

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. No Brasil atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular. Junto com Diabetes Mellitus (DM), suas complicações (cardíacas, renais e AVE) tem impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4, 18 bilhões entre 2006 e 2015. Em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de DCV, a principal causa de morte no país (6).

E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo.

Observa-se que grande parte dos pacientes hipertensos não fazem o tratamento adequado ou mesmo abandonam, contribuindo dessa forma para a grande morbimortalidade.

Em torno de 16 a 50 % dos hipertensos, que iniciam o tratamento, desistem da medicação anti-hipertensiva no primeiro ano (22).

O Município de Dirceu Arcoverde-PI, localizado na região sudoeste do Piauí, com uma população estimada em 6.818 habitantes à uma distância de 560 km da capital de Teresina, no qual atuo como Enfermeira da Atenção Básica, posso observar que não é diferente da realidade encontrada no Brasil e no mundo.

Após realizado o diagnóstico situacional com a equipe, verificou-se que dentre os principais problemas de saúde que afetam a população, tem-se a Hipertensão Arterial Sistêmica, abrangendo grande parte da população acompanhada pela Unidade Básica de Saúde (UBS).

O meu processo de trabalho se dar no Posto de Saúde Tia Gina, localizado no centro da cidade, responsável por 1750 famílias, sendo que grande parte dessa população é hipertensa ou tem fortes fatores de risco para desenvolver a doença. É possível ainda observar que os hipertensos acompanhados na UBS, encontram-se com a pressão arterial (PA) elevada e com mau controle, visto ainda que a maioria tem dificuldade em aderir ao tratamento tanto medicamentoso como não medicamentoso, e baixo nível de informação a respeito da doença, contribuindo assim para o aumento da pressão arterial.

Percebe-se ainda que no referido Município a principal causa de óbito são as doenças do aparelho circulatório, tendo como principal causa a hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Para o correto tratamento da hipertensão arterial é necessário mudanças nos hábitos de vida associadas ou não ao uso regular e diário de drogas anti-hipertensivas. Assim o principal objetivo do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbimortalidade de origem cardiovasculares aumentadas devido aos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes (3).

Logo, sabe-se que a HAS pode causar danos irreparáveis na saúde de uma pessoa e constitui um fator de risco importante para o aparelho cardiovascular e o sistema nervoso central provocando sequelas que, em muitos casos, vão além das perdas em saúde incluindo também danos econômicos.

Sendo assim, diante da magnitude do problema da HAS, observamos ser imprescindível investir com ações educativas nesse problema de saúde pública com a proposição de um projeto de intervenção em hipertensos acompanhados pela Unidade Básica de Saúde Tia Gina no Município de Dirceu Arcoverde-PI.

METODOLOGIA

Para a elaboração deste projeto de Intervenção, utilizou-se o método do Planejamento Estratégico em Saúde (PES) (10). Iniciou-se com um diagnóstico situacional em saúde da Unidade Básica de Saúde Tia Gina.

Com a definição dos problemas, priorizou-se o problema da Hipertensão arterial Sistêmica (HAS), devido ao alto índice de Pacientes Hipertensos acompanhados na Unidade e por sua dificuldade de controle do tratamento.

Para a sua construção foi feita uma busca em bases de dados eletrônicos como: Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), Scientific Electronic Library Online (ScieLO), Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), como também Biblioteca Virtual da UnaSus, utilizando os seguintes descritores: Hipertensão Arterial, Educação em Saúde, estilo de vida e Atenção Básica. Outras informações foram obtidas através de registros de acompanhamento da Equipe de Enfermagem e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), reuniões com o grupo de HIPERDIA e pelos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Em seguida foi proposto um Projeto de Intervenção para que os pacientes hipertensos da UBS Tia Gina realizem mudanças no estilo de vida, a fim de se obter melhor controle da HAS, de forma a garantir uma melhor qualidade de vida e de saúde desta população, através de atividades educativas e preventivas.

REVISÃO DE LITERATURA

Hipertensão Arterial Sistêmica: Definição

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica, diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) pela medida casual. Para a definição diagnóstica de HAS consideram-se os valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e / ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões (32).

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença multifatorial e tem como fator comportamental os riscos modificáveis e não modificáveis. Dentre os fatores comportamentais de riscos modificáveis destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcólicas, a obesidade, as dislipidemias, a alimentação inadequada e inatividade física (7).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma importante e evitável causa de doença cardiovascular. A hipertensão sem tratamento acelera o desenvolvimento de insuficiência cardíaca, doença coronariana, angina, infarto do miocárdio, acidentes

vasculares cerebrais hemorrágicos e trombóticos e insuficiência renal. A prevenção das complicações da hipertensão através de terapêutica e conduta anti-hipertensiva é um dos maiores desafios em saúde pública (29).

Para o diagnóstico da HAS é recomendada a medida da PA em ambos os braços com o paciente sentado, em posição ortostática e supina, pelo menos na primeira avaliação em todos os indivíduos e em todas as avaliações em idosos, diabéticos, portadores de disautonomias, alcoolistas e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva, e sempre utilizar como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes. Como diversos fatores podem alterar a PA, as medidas tomadas em situações ambulatoriais podem não revelar valores reais da pressão do paciente (31).

Ainda para diagnóstico da HAS, por meio da aferição da pressão arterial consideram os valores sistólicos e diastólicos, segundo o quadro abaixo retirado da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (32).

Quadro 1- Classificação da Pressão Arterial (≥18 anos)

Classificação	PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)
Normal	≤120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
1 Hipertensão Estágio	140-159	90-99
2 Hipertensão Estágio	160-179	100-109
3 Hipertensão Estágio	≥ 180	≥ 110

Fonte: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – SBC, 2016

A HAS é um importante problema de saúde pública, sendo a principal causa de mortalidade no Brasil e em todo o mundo. É motivo frequente de procura por atendimento médico, sendo fator causal de grande demanda por consultas na atenção primária.

Dentre os fatores de risco associados mais importantes, alguns são considerados não modificáveis, como idade, gênero, etnia, e fatores genéticos. Dentre os modificáveis, o estilo de vida inadequado está relacionado à maior prevalência de hipertensão e menor à proteção contra a doença. Portanto, componente fundamental

para prevenção e tratamento da HAS é a mudança de estilo de vida, como adoção de dieta hipocalórica, redução do peso, prática de atividade física, redução da ingestão de álcool e/ou sal, sendo a maneira mais efetiva e menos dispendiosa em termos de saúde pública (4).

A preocupação com a hipertensão arterial sistêmica (HAS) decorre de sua contribuição para a morbimortalidade causada por doenças cardiovasculares, as quais, mesmo quando não fatais, levam com frequência à invalidez parcial ou total, com graves repercussões para o indivíduo, sua família e a própria sociedade. A HAS, por exemplo, aumenta em sete vezes o risco de acidente vascular cerebral, torna o risco de infarto do miocárdio três vezes maior, é a causa mais comum de insuficiência cardíaca e associa-se com aneurismas em 60% a 80% dos casos (17).

Dentre os fatores de risco cardiovascular, a HAS é um dos mais importantes, afetando quase 20% da população com mais de 20 anos (17). Doenças cardiovasculares, tais como acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e cardiopatia isquêmica, têm sido a primeira causa de morte na grande maioria dos países desde a primeira metade do século passado. Considerando tal quadro, torna-se urgente implementar ações básicas de diagnóstico e controle dos fatores de risco clássicos da HAS como consumo excessivo de sal, consumo de álcool, tabagismo, excesso de peso, estresse constante, falta de atividade física e presença de diabetes (20).

Estima-se que prevalência da HAS seja em torno de 30% tanto para a população brasileira quanto para a população mundial, percentual que aumenta proporcionalmente com o aumento da idade.

Complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica

No Brasil cerca de 300.000 pacientes morrem anualmente devido às DCV sendo quase 50% deles em decorrência da HAS. Ressalta-se que estas doenças configuram maior demanda da assistência à saúde na atenção básica, sobrecarregam a média e alta complexidade incluindo as internações hospitalares, ocasionando custos socioeconômicos e em saúde elevados. Contudo, a detecção precoce, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos mórbidos (18).

A HAS é um dos principais fatores de risco cardiovascular e pode resultar em consequências graves a alguns órgãos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos), além de ser considerado um grave problema de saúde pública pela sua cronicidade,

pelos altos custos com internações, pela incapacidade por invalidez e aposentadorias precoce (11).

A elevação da hipertensão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. A HAS apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes das suas principais complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, IC, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. A mortalidade por doença cardiovascular (DVC) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115x75 mmHg (32).

A hipertensão arterial está associada a diversas doenças graves, como: Insuficiência cardíaca, Infarto do miocárdio, Arritmias cardíacas, Morte súbita, Aneurismas, perda da visão (retinopatia hipertensiva), Insuficiência renal crônica, AVC isquêmico e hemorrágico, Demência por micro infartos cerebrais, arteriosclerose. A HAS raramente tem cura e o objetivo do tratamento é evitar que órgãos como coração, olhos, cérebro e rins, chamados de órgãos alvos, sofram lesões que causem as doenças descritas acima. Mesmo as lesões iniciais da HAS serem assintomáticas, existem exames que podem detectá-los precocemente (25).

Dentre as doenças crônicas, as cardiovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica, figuram como a principal causa de óbitos no Brasil, considerando dados disponíveis no DATASUS, agregados para o país e desagregados por região, estado e municípios (19).

Mesmo sendo assintomática, é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas (26). Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e que 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada. No entanto, parcela importante da população adulta com hipertensão não sabe que é hipertensa; e muitos dos que sabem não estão sendo adequadamente tratado (19).

Fatores que dificultam a adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial

A Atenção Básica é o segmento dos níveis de assistência à saúde com maior probabilidade da detecção precoce da HAS por estar mais próxima e mais acessível à população. Entretanto, depara-se com um dos maiores desafios: iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (6).

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, os percentuais de controle de pressão arterial são muitos baixos, devido à baixa adesão

ao tratamento. Em alguns estudos encontrou-se um alto percentual de hipertensos com pressão arterial não controlada (16).

A Hipertensão Arterial por ser uma doença crônica de alta prevalência e com baixas taxas de controle, é considerada um grave problema de saúde pública. É a condição mais comum vista em cuidados primários de saúde e pode levar ao infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal e morte se não for detectada precocemente e tratada adequadamente (14).

O controle da pressão arterial (PA) é imprescindível para a redução da morbimortalidade associada à doença e depende não só da adesão dos pacientes, mas também dos Profissionais de Saúde e das ações institucionais (13).

Entre os fatores para o não controle da PA relacionados aos pacientes estão à dificuldade de acesso ao serviço de saúde, a idade avançada, a obesidade e a não adesão ao tratamento. Causas relacionadas aos Profissionais incluem falta de conhecimento ou não adesão aos protocolos, preocupação com efeitos colaterais dos medicamentos e relutância em tratar uma condição assintomática (34).

Os principais determinantes da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo são: a falta de conhecimento do paciente sobre a doença e de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica; baixo nível socioeconômico; aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar e baixa autoestima; relacionamento inadequado com a equipe de saúde; tempo de atendimento prolongado; dificuldade na marcação de consultas; falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço; custo elevado dos medicamentos e ocorrências de efeitos indesejáveis; interferência na qualidade de vida após o início do tratamento (28).

Diante deste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), pautada pelos princípios do Sistema Único de Saúde, visa à expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho. Nessa proposta o manejo adequado da hipertensão arterial adquire caráter prioritário (9).

Formas de controle e Prevenção da Hipertensão Arterial

No Brasil, o controle e prevenção da HAS e suas complicações constituem o maior desafio para as equipes de Atenção Básica (AB). Na ESF a proximidade e o vínculo entre a equipe multidisciplinar e usuários reforçam a responsabilidade profissional e a corresponsabilidade dos pacientes na manutenção da pressão arterial em níveis considerados normais. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que

sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida- MEV, essenciais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão (5).

O sucesso da adesão ao tratamento implica aumento na frequência de consultas com uma elevada assistência, o que permite mais oportunidades de ajustes nas doses de medicamentos e monitoramento ao tratamento não farmacológico. Considerando que a baixa renda, baixo nível de escolaridade, ou as condições difíceis de vida não impedem o bom sucesso ao tratamento, quando à população recebe as orientações necessárias sobre a sua condição de saúde (24).

O controle da Hipertensão Arterial Sistêmica depende de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Estima-se que apenas um terço das pessoas acompanhadas em serviços de saúde tem sua pressão arterial mantida em níveis adequados, e isso é justificado pela insuficiente adesão às mudanças nos hábitos de vida. Estudos revelam uma redução estatisticamente significativa nos valores das pressões arteriais naqueles que adotaram tais mudanças. Os grupos operativos se configuram como uma ferramenta positiva nesse contexto, incentivando a adequação de alguns comportamentos, o que promove melhoria dos níveis pressóricos (23).

A abordagem terapêutica da PA elevada inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, a fim de reduzir a PA, proteger órgãos-alvo, prevenir desfechos CV e renais. A MEV continua sendo a melhor opção para o controle da HAS e na prevenção destas, apesar de limitadas pela perda de adesão a médio e longo prazo. O tratamento não medicamentoso (TNM) da HA envolve controle ponderal, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros (32).

Em sua 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (DBHA) a SBC endossa a necessidade da mudança no estilo de vida como principal estratégia para prevenção da HAS e acrescenta que as políticas públicas de saúde devem enfatizar o diagnóstico precoce, a oferta dos medicamentos de uso contínuo, além de protocolos assistenciais de monitoramento da PA e controle dos fatores de risco (32).

O acompanhamento dos hipertensos pressupõe boa adesão ao serviço de saúde, e conseqüentemente, o controle adequado aos níveis pressóricos. Porém uma boa adesão consiste em uma atitude global em relação à própria saúde e exige participação ativa dos próprios hipertensos. Para isso é necessário o comparecimento às consultas e aferição regular da pressão arterial, a fim de avaliar o controle da hipertensão (26).

Somente diagnosticar a HAS não é suficiente, pois além do diagnóstico o paciente deve ser convencido sobre a necessidade de adesão ao tratamento para controle da doença (12).

É de suma importância que o indivíduo portador de HAS realize corretamente o tratamento anti-hipertensivo, a fim de prevenir as complicações desse quadro. O tratamento consiste em duas vertentes; a terapia não medicamentosa, que inclui hábitos saudáveis de vida, e o tratamento medicamentoso, que deve ser acompanhado por profissional habilitado, para que o usuário siga corretamente a prescrição (22).

A adesão ao tratamento inclui fatores terapêuticos e educativos e envolve aspectos ligados ao reconhecimento e a aceitação das condições de saúde do indivíduo. Desse modo, é necessária a adaptação ativa do sujeito a essas condições, a identificação dos fatores de risco no estilo de vida e o estabelecimento de hábitos e atitudes saudáveis (25).

A adesão da pessoa hipertensa ao uso regular do esquema terapêutico e adoção de um estilo de vida saudável, é resultante de seu engajamento efetivo nas atividades de alto cuidado, tornando-se agente de autocuidado e multiplicador destas atividades na família e na comunidade (33).

Dentro deste contexto, a educação em saúde se mostra como elemento primordial no cuidado à pessoa com hipertensão, uma vez que possibilita à pessoa aprender a lidar melhor com sua doença crônica.

A educação em saúde na Atenção Básica, em especial na Estratégia Saúde da Família, é uma das mais importantes ferramentas de promoção da saúde, pois permite aos profissionais conhecerem os hábitos de vida da sua população adscrita e propondo, assim, ações particulares e individualizadas para manterem seus usuários saudáveis (15).

Sendo assim, espera-se que os Profissionais da Atenção Básica, sejam capacitados para oferecer uma assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos (8).

Dentro desta perspectiva, é importante estimular a adoção de estilos de vida saudáveis à população, como, a alimentação saudável, prática regular de atividades físicas, cessação do tabaco e diminuição do álcool. Ainda é importante orientar sobre

o acompanhamento periódico na Unidade de Saúde, uso correto da medicação. Desta forma será possível controlar os níveis pressóricos e prevenir a complicações da doença.

Os conhecimentos sobre saúde e doença e adoção de uma vida saudável devem ser socializadas à população (1)

Logo, a educação em saúde, enquanto prática interdisciplinar, possibilita a construção de um vínculo entre as pessoas e os profissionais de saúde, para fins de estabelecimento de metas com vistas às mudanças de comportamento, promovendo a saúde e bem-estar (33).

PLANO OPERATIVO

Segue abaixo no Quadro 01 a proposta de intervenção através da identificação da situação problema encontrada:

Quadro 01: Elaboração da planilha de intervenção

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVO	METAS/PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Alto índice de Pacientes Hipertensos acompanhados pela Unidade Básica de Saúde Tia Gina.	Diminuir alto índice de Pacientes Hipertensos	- 100 % dos Hipertensos da área de cobertura cadastrados e acompanhados/ 6 meses. - Realizar estratificação de Risco em 100 % dos Hipertensos acompanhados na UBS/ 3 meses - 100 % dos Profissionais Capacitados no	-Conscientização e sensibilização da população sobre os riscos da HAS; - Palestras e Campanhas educativas abordando a temática na UBS e na comunidade. - Aprimorar o grupo de Hipertensos no município e incorporar os pacientes com	Coordenação da Atenção Básica, Gestão Municipal; Equipe de Atenção Básica (ESF, NASF, ACS, SMS).

		Município/ 6 meses - Ofertar 100 % dos medicamentos anti-hipertensivos na UBS/ 3 meses - Buscar junto ao gestor a implantação de programas de saúde no Município / 06 meses	risco de desenvolver HAS; - Intensificar o acompanhament o mensal dos pacientes hipertensos na UBS; - Realizar busca ativa dos faltosos às consultas; - Realizar encontros quinzenais com o grupo de Hipertensos; - Criar um espaço na UBS para realização de atividades educativas e reuniões.	
--	--	--	---	--

PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO DO PLANO

Após apresentar o projeto de intervenção a Equipe da Unidade Básica de Saúde Tia Gina, será acordado com todos, reuniões mensais para avaliar as ações realizadas com os hipertensos da área de abrangência. Em primeiro momento os ACS serão orientados sobre a importância do projeto de intervenção, e em seguida convocar os hipertensos para participar do trabalho. Estes serão convidados a comparecer na UBS para conhecer o projeto e assim decidirem participar.

Com esse projeto de intervenção, propõe-se melhorar o acompanhamento dos hipertensos através da consulta programada de HIPERDIA com a Enfermeira,

incorporando a consulta com o médico da UBS. Além das consultas programadas, serão realizados encontros quinzenalmente com o grupo de HIPERDIA na UBS, sendo que este grupo será conduzido por uma equipe multidisciplinar para melhor orientá-los sobre a doença e para que a atenção seja integral. Os assuntos a serem tratados no grupo, serão sobre: prevenção, mudanças no estilo de vida, complicações da HAS, importância do uso dos medicamentos para evitar complicações e sobre o acompanhamento desses usuários na UBS regularmente. Antes das reuniões, será feita cuidadosamente a aferição da pressão arterial, feita a glicemia capilar, medidas antropométricas, circunferência abdominal. Também usaremos materiais audiovisuais e faremos atividades dinâmicas com todos os participantes para estreitar os laços e aproveitar ao máximo o tempo disponível. Ao fim de cada reunião, será entregue o cronograma com as datas do próximo encontro, como forma de organização do trabalho.

Além disso, manter o cartão HIPERDIA para acompanhamento não só do hipertenso, mas também do diabético, o qual terá a receita do usuário anexado a ele, como uma forma mais fácil de controlar a(s) medicação (ões) usada (s) pelos usuários, e conseqüentemente o controle da pressão arterial. Por fim iremos estabelecer que a troca de receitas seja realizada somente através da consulta médica, como forma de evitar que os usuários compareçam a UBS apenas para renovação da mesma. Desse modo, haverá acompanhamento desses pacientes pelo Médico da Equipe, o que contribuirá positivamente em uma melhor qualidade de vida e de saúde dos mesmos. Assim com o usuário mais próximo da Unidade de Saúde, será realizada a estratificação de risco de acordo com o Manual do Ministério da Saúde.

Ainda para ampliar o cuidado a saúde dos pacientes hipertensos, será realizada busca ativa constante pelos ACS na área de cobertura da UBS aqueles que são hipertensos e que até o momento não realizam acompanhamento regular, para que possam ser incluídos no grupo de HIPERDIA e realizarem a consulta programada. Além das ações realizadas com o grupo de HIPERDIA na UBS, também será realizada mensalmente palestras educativas na comunidade, organizada por bairros, de acordo com a área de atuação de cada ACS, de modo que toda a população hipertensa e não hipertensa possa ter conhecimento sobre formas de prevenção a saúde, melhorando significativamente sua qualidade de vida.

Além das ações com os usuários hipertensos, será feito também treinamento a cada 3 meses com a equipe envolvida nesse atendimento por meio de reuniões de

capacitação para que todos possam oferecer o melhor atendimento ao usuário, de maneira ampla e humanizada. Ademais buscaremos parcerias com outros profissionais de saúde para que todas as ações sejam realizadas no âmbito multidisciplinar. Dessa forma será possível melhorar a qualidade de vida dos usuários hipertensos, através do conhecimento a respeito da doença e do seu tratamento, aumentando assim sua sobrevida.

Após a implantação do projeto, este será monitorado e avaliado continuamente em reuniões mensais pela equipe, através da pesquisa realizada na UBS e observação ativa da adesão da população hipertensa, se a mesma está procurando mais o serviço de saúde no que se refere ao cuidado com pressão arterial, para levantar as falhas, identificar os pontos positivos e propor melhorias. Também será monitorado através de uma planilha de acompanhamento (anexo 1).

CONCLUSÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares e o principal fator de risco para as complicações como doença cerebrovascular isquêmica e infarto agudo do miocárdio. As crises hipertensivas são as principais causas de atendimento nas redes de urgência. Nas últimas décadas a sua incidência e prevalência vem aumentando associada aos riscos de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares que constituem uma das primeiras causas de morte no Brasil e no mundo.

Os pacientes hipertensos são um desafio para as Equipes de Saúde em relação ao tratamento. É de fundamental importância que os atendimentos desses pacientes na Atenção Primária a Saúde (APS) foquem na realidade apresentada pelos mesmos, de tal modo que Eles possam encontrar nas equipes apoio e confiança. Desta forma, esses pacientes poderão ser capazes de mudar seus hábitos e estilo de vida, realizar o tratamento e desenvolver práticas de autocuidado, visando prevenir complicações e garantindo uma melhoria na qualidade de vida.

As causas das falhas da terapêutica são complexas. Entre as principais está o inadequado nível de controle tensional, sistema de saúde de difícil acesso, inadequado relacionamento entre o usuário e a equipe de saúde, insuficiente cobertura da população alvo, ou ainda alguma forma de falha terapêutica que pode

variar de completo desconhecimento da doença a esquecer a ingestão de medicação pelo paciente.

A execução do projeto de intervenção pela equipe da Atenção Básica facilitará a interação entre pacientes e equipes de saúde, contribuindo assim para o controle da hipertensão arterial. O referido projeto, busca reduzir o índice de pacientes hipertensos não controlados, aumentando a adesão dos pacientes ao tratamento. A longo prazo, acreditamos que contribuiremos para a redução dos riscos e complicações cardiovasculares e cerebrovasculares e conseqüentemente com a diminuição da mortalidade e incapacidade física e motora.

Esse contato se inicia na porta de entrada da Unidade de Saúde, estabelecendo-se fatores que propiciem melhor adesão e identificação de graus de controle clínico. O trabalho em equipe e multiprofissional contribui para a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos, melhorando a qualidade de vida desses pacientes e prevenindo agravamento da doença e surgimento de comorbidades.

Em suma, estamos diante de um problema de saúde pública de grande magnitude, as causas e soluções são bem definidas e exigem compromisso responsável de todos os envolvidos: Gestores, Equipes de saúde, e dos próprios pacientes e suas famílias.

Sendo assim, os profissionais de Saúde da Atenção Básica são de grande importância para aumentar a adesão ao tratamento do paciente hipertenso, contribuindo para a redução do seu sofrimento, dos gastos com internações hospitalares e prescrições de medicações adicionais, através de orientações sobre uso correto da medicação, informações sobre os fatores de riscos da doença, adoção de hábitos de vida saudáveis, além de organizar a promoção da integração do serviço de saúde com a equipe multiprofissional, pacientes e seus familiares, contribuindo, em muito, para a melhoria da qualidade de vida desta população.

Todavia, é fundamental, a capacitação da equipe de saúde para a realização deste projeto, o que permitirá acompanhar adequadamente aos pacientes, e assim garantir a efetividade e a eficácia das ações de saúde implementadas.

Logo, espera-se que este projeto de intervenção possa contribuir de forma significativa, para que estas estratégias sejam bem sucedidas e contribuam para a melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso do paciente hipertenso e assim

diminuir o alto índice de pacientes hipertensos acompanhados na Unidade Básica de Saúde Tia Gina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alves Júnior, AC. **Consolidando as redes de atenção as condições crônicas**; experiência da rede hiperdia de Minas Gerais. Brasília-DF 2011. Disponível em [http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/inovação na gestão SUS/Rede/Hiperdia.pdf](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/inovação_na_gestão_SUS/Rede/Hiperdia.pdf) acessado em 23 de ago de 2018.
2. Alvarez, Y. Modificação do conhecimento sobre hipertensão arterial em hipertensos da Faculdade Independente de Irmãos Marañon. 2011. Disponível em: <http://www.portalesmédico>. Acesso em 20 de agosto de 2018.
3. Araújo, GBS.; Garcia, TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 41, n.2, p. 259-272, 2006.
4. Bastos-Barbosa, RG.; Ferrioli, E.; Moriguti, JC.; Nogueira, CB.; Nobre, F.; Ueta, J.; Lima, NKC. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2012; 99 (1):636-641.
5. Brasil. Ministério da Saúde. **Cadernos da Atenção Básica: Hipertensão Arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica – n. 37 Brasília – DF. 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças crônicas não transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
8. Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro/ Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf> Acessado em 11 de ago de 2018.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília; 2012 [citado em 2016 fev. 4]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
10. Campos, FC.; Faria, HP. Santos, MA. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2. Ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.
11. Carvalho, MV.; *et al.* A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, V. 100, n. 2, p. 164-174. 2013.

12. Cavalari, E. **Adesão ao Tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial**. 2010. 107. F. Dissertação (mestrado)-Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.
13. Hoepfner, C.; Franco, SC. **Inércia Clínica e Controle da Hipertensão nas Unidades Básicas de Atenção Primária à Saúde**. Arq. Bras Cardiol, v 95, n.2, p. 223-229, 2010.
14. James PA et al. Diretriz Baseada em Evidências para o Manejo da Pressão Arterial Elevada em Adultos de 2014 Relatório dos Membros do Painel Nomeados para o Oitavo Comitê Nacional Conjunto (JNC 8). (JNC 8) JAMA. 2014;311(5):507-520. doi:10.1001/jama.2013.284427
15. Magrini, DW.; Martini, JG. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. **Enfermeria global**, v. 11, n. 26, p. 344-353, 2012.
16. Martins, MSAS. *et al.* Hipertensão Arterial e Estilo de Vida em Sinop, Município da Amazônia Legal. **Arq. Bras. Cardiol**; v. 95, n.1, p. 639-644, 2010.
17. Meireles VC, Oliveira MLF, Matsuda LM, Marcon, SS. Diagnósticos e ações de enfermagem a portadores de doenças crônicas assistidos no domicílio. *Cogitare Enferm*. 2005 set-dez;10(3):37-43.
18. Minas Gerais. FHEMIG. Diretrizes Clínicas: Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/>. Acesso em: 28 ago. 2018.
19. Ministério da Saúde (BRASIL), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n.16, Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 56 p.
20. Ministério da Saúde (BR). Datasus. Mortalidade Brasil. 2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtuf.def>.
21. Nakamoto, AYK. Como diagnosticar e tratar a hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 69, n.4, abr 2012. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5009. Acesso em: 28 set .2018.
22. Oliveira, EAF. *et al.* Significado dos Grupos Educativos de Hipertensão Arterial na Perspectiva do Usuário de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev APS** v.14, n.3, p. 319 – 326, 2011.
23. Oliveira, TL. *et al.* Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p 179-84; abril 2013.
24. Pereira, AF. *et al.* Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco Cardiovascular. Belo Horizonte: PRODABEL, 2011.
25. Pinheiro, P. Hipertensão Arterial; sintomas, causas e tratamento. MD. Disponível em <http://www.mdsaude.com/2009/02/sintomas-e-tratamento-da-hipertensao.html>. Acesso em: 23/07/2018.

26. Rosário, TM. et al. Prevalência, Controle e Prevenção da Hipertensão Arterial em Nobre, MT. **Soc. Bras. Cardiol.** v.9, n.6, p.672-678, 2009.
27. Silva, CS. et al. Controle pressórico e adesão/ vínculos em hipertensos usuários da Atenção Primária a Saúde. **Rev. Esc. Enferm.**, João Pessoa, p. 584-590, 2012.
28. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2007. Acesso em 20 de Agosto de 2018
29. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**, 2010. Disponível em <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz>. Acesso em 03/09/2108.
30. Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial V**. Minas Gerais, 2010.
31. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rio de Janeiro: Seguimento Forma; 2010. 69 p.
32. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol. Rio de Janeiro, v. 107, n.3, Supl. 3, 2016.
33. Spinato IL, Monteiro LZ, Santos ZMSA. Adesão da pessoa hipertensa ao exercício físico – uma proposta educativa em saúde. **Texto contexto – enferm.** 2010; 19(2): 256-264.
34. Wang TJ, Vasan RS. Epidemiologia da hipertensão não controlada nos Estados Unidos. *Circulação*. 2005;112(11):1651-62

ANEXO 1:

Planilha de Acompanhamento

Indicadores	Momento Atual	Em 3 meses	Em 6 meses
Hipertensos cadastrados			
Hipertensos acompanhados			
Hipertensos controlados			
Hipertensos com risco de complicações			
Internações por complicações			