

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

**YUNIETH MEDINA SEGOVIA**

**QUALIDADE DE VIDA DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VILA SANTA ROSA DE  
NOVA ERA/MG**

**IPATINGA- MG**

**2016**

**YUNIETH MEDINA SEGOVIA**

**QUALIDADE DE VIDA DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VILA SANTA ROSA DE  
NOVA ERA/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da  
Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para  
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa

**IPATINGA- MG**

**2016**

**YUNIETH MEDINA SEGOVIA**

**QUALIDADE DE VIDA DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VILA SANTA ROSA DE  
NOVA ERA/MG**

Banca examinadora

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa – orientadora

Profa. Dra. Maria Marta Amancio Amorim – Centro Universitário UNA

Aprovado em Belo Horizonte, em 12/06/2016.

## **AGRADECIMENTOS**

À comunidade de Nova Era que me recebeu com muito carinho. Em especial à Vila Santa Rosa que me dá a oportunidade de aprender a cada dia.

Aos amigos que fiz nesta cidade e municípios arredores pelo apoio em momentos difíceis.

## RESUMO

A Hipertensão Arterial é uma doença crônica que afeta em grande número a humanidade, é base para diferentes doenças como Acidente Vascular Cerebral, cardiopatias, dentre outras, que podem levar a morte ou deixar sequelas graves para o organismo. No mundo, a hipertensão é um dos principais problemas de saúde e em Nova Era não deixa de ser diferente, pelo que escolhemos este tema, para discutirmos a respeito. Neste trabalho descrevemos como se comportou esta doença na cidade e, especificamente, na população da Vila Santa Rosa no tempo trabalhado. Explicamos também como funciona o Programa de Saúde da Família “Rita Vidigal” que atende esta comunidade. O objetivo do estudo foi elaborar um plano de ação para melhorar a qualidade de vida dos portadores de hipertensão atendidos pela Estratégia de saúde da Família de Vila Santa Rosa em Nova Era – MG. A metodologia usada foi o método de diagnóstico situacional, seguido do Planejamento Estratégico Situacional e, por meio deste, foi construído o plano de ação. Fizemos entrevistas e organizamos palestras para a educação dos hipertensos. Como resultados, esperamos que a proposta de intervenção permita alcançar um melhor controle dos níveis de pressão arterial dos usuários a partir da mudança do estilo de vida e do uso de menor quantidade de medicação. Esperamos, ainda, que mais equipes de saúde possam aderir à proposta planejada e que possamos desse modo, melhorar a qualidade de vida e o controle dos pacientes hipertensos de Nova Era – MG.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Atenção Primária em Saúde. Estratégia Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

The Hypertension is a chronic disease that affects a large number of mankind, is the basis for various diseases such as stroke, heart disease, among others, which can lead to death or leave serious consequences for the body. Worldwide, hypertension is a major health problems and in Nova Era does not cease to be different, so we chose this theme to discuss about. In this paper we describe how behaved this disease in the city, and specifically in the village Santa Rosa population in working time. We explained how the family health program Rita Vidigal 'to serve this community. The aim of the study was to develop an action plan to improve the quality of life of hypertensive patients attended by the family health strategy Vila Santa Rosa in Nova Era - MG. The methodology used was the situational diagnostic method followed by the Situational Strategic Planning and, through this, we built the action plan. We did interviews and lectures organized for the education of hypertensive. As a result, we expect that the proposed intervention will achieve better control of blood pressure levels of users from the lifestyle change and use less medication. We hope also that more health teams to join the proposed plan and we can thereby improve the quality of life and control of hypertensive patients in Nova Era, Minas Gerais.

Keywords: Hypertension. Primary Health Care. Health Strategy.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. JUSFICATIVA.....	15
3. OBJETIVOS.....	16
4. METODOLOGÍA.....	17
5. REVISÃO DA LITERATURA.....	19
6. PLANO DE AÇÃO.....	26
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS.....	37

## 1 INTRODUÇÃO

Criado em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) – desde 2012 denominado por Estratégia de Saúde da Família (ESF) - é a estratégia definida pelo Ministério de Saúde (MS) para oferecer uma atenção básica mais resolutiva e humanizada no país. A atenção básica é um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É a porta de entrada do sistema de saúde e se articula com os outros níveis de atenção. A ESF normalmente é formada por equipes compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS), baseados em uma unidade básica de saúde (UBS) (BRASIL, 2015).

Num território definido dentro da área de abrangência da UBS a que pertence, a ESF trabalha com micro áreas de abrangência definida, por meio do cadastramento e do acompanhamento de um número determinado de famílias para cada equipe. Cada Equipe de Saúde da Família acompanha de 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4.500 pessoas por equipe (BRASIL, 2015).

A equipe de saúde da família tem como objetivo prestar um atendimento de qualidade, integral e humano em unidades básicas municipais, garantindo o acesso à assistência e à prevenção em todo o sistema de saúde, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos. Busca também, reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios: atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. A reorganização da prática da atenção à saúde deve ser feita em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 2015).

A ESF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na UBS ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS que compõem as equipes de Saúde da Família). Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade,



o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2015).

A ESF tem como princípios desenvolver processos de trabalho baseados nos conceitos de prevenção, promoção e vigilância da saúde. Significa atuar nos momentos mais precoces iniciais da transmissão das doenças, assim como sobre os riscos sanitários, ambientais e individuais. Esta atuação garante melhores níveis de saúde e de qualidade de vida para todos (BRASIL, 2015).

No programa ESF a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a promoção da saúde são a base para oferecer um atendimento básico mais humanizado e com maior resolubilidade. É preciso identificar os problemas mais frequentes da população sendo de suma importância o diagnóstico situacional da área de abrangência (BRASIL, 2015).

Diante dos ótimos resultados já alcançados, o MS está estimulando a ampliação do número de equipes de Saúde da Família no Brasil. E, para isso, é fundamental a mobilização das comunidades e dos prefeitos, pois só por intermédio deles as portas dos municípios se abrirão para a saúde.

A operacionalização do programa tem várias etapas, que apesar de distintas, exigem constantes revisões e readaptações. A territorialização não deve ser entendida somente como a divisão geográfica das equipes. A escolha das áreas, quase sempre, é orientada prioritariamente à existência de riscos sociais e ambientais e a organização do trabalho leva em conta o perfil de cada localidade, tendo-se em conta as características demográficas como sexo, faixa etária, moradia e distribuição espacial; as principais doenças e agravos diagnosticados e as condições que influenciam esses problemas. Para tanto, é realizado um levantamento de informações a partir do cadastramento de cada família e seus componentes. Esses dados permitem que as equipes de saúde da família identifiquem a situação de saúde das comunidades e planejem o trabalho a ser feito, em consultório ou no domicílio, visando resolução precisa e oportuna dos problemas, bem como um contato estreito que permita a compreensão das reais necessidades de saúde da população e a busca das alternativas mais

adequadas para a superação dos problemas e promoção da saúde (ROLIN; ALVES, 2004).

Como descrito, estão envolvidas neste trabalho equipes multiprofissionais, que poderão ser ampliadas a critério do município, vinculadas a cerca de mil famílias (3.450 pessoas em média), dedicando tempo integral - 40 horas semanais - em unidades muito próximas à população a ser atendida. O território, definido em cada área, onde estão situadas as famílias cadastradas por essas equipes é subdividido em micro áreas. O número de micro áreas corresponde a subdivisões do universo populacional, de forma a garantir, na metodologia de trabalho, a vinculação dos agentes comunitários. Em média, um ACS é designado para o acompanhamento de até 750 pessoas. Cada Unidade de Saúde da Família deverá possuir equipamentos, insumos e medicamentos suficientes para atender às principais demandas neste nível do sistema de saúde, estabelecendo com os demais serviços de saúde do município, uma relação formal que garanta os fluxos de referência e contra referência. Essa estrutura mínima é necessária para viabilização das ações das equipes (ROLIN; ALVES, 2004).

O plano de trabalho das equipes deve contemplar a interação entre seus profissionais, de tal forma que possam acolher a população e resolver, na própria Unidade de Saúde da Família (USF), as questões e os problemas mais frequentes relacionados à saúde daquela coletividade a qual está vinculada. A resolutividade das equipes é um dos fatores determinantes para o novo desenho do sistema municipal de saúde.

Com o enfoque na proposta da ESF, a seguir apresentamos o cenário desse estudo:

Nova Era encontra-se ao sudeste do país, pertencendo à Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte e à Microrregião de Itabira, a uma distância de 132 km de Belo Horizonte, a 33 km de Itabira, a 60,76 km de Ipatinga, a 15,42 km de João Monlevade e a 17,45 km de São Domingos da Prata e localiza-se a leste da capital do estado (IBGE, 2010).

O primeiro topônimo foi São José da Lagoa, em homenagem ao Santo do dia (São José, 19 de março) em que os primeiros desbravadores chegaram à

margem de uma grande lagoa. Admite-se que este fato teria ocorrido em 1703, quando da passagem de Antônio Dias de Oliveira e dos Irmãos Camargos pelas margens auríferas do rio Piracicaba (NOVA ERA, 2015).

Em 1750, era capela curada, da freguesia de Rio Piracicaba, depois de ter estado, eclesiasticamente subordinado a Caeté e, posteriormente, a Santa Bárbara. Em 1832, ainda como capela curada, passou a subordinar-se à freguesia de Antônio Dias; finalmente, em outubro de 1848, pela Lei provincial nº 384 foi criada a paróquia de S. José da Lagoa, sendo seu primeiro Vigário o padre João Álvares Martins da Costa (NOVA ERA, 2015).

Em 1848 foi elevado à categoria de distrito, e em 1938 emancipou-se com o nome de Presidente Vargas, topônimo posteriormente trocado em 1942 por Nova Era, sendo óbvia a influência do poder público na escolha dessas denominações (NOVA ERA, 2015).

A área do município Nova Era, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), é de 361,926 km<sup>2</sup>, sendo que 3,0926 km<sup>2</sup> constituem a zona urbana e os 358,833 km<sup>2</sup> restantes constituem a zona rural. A população de Nova Era é mostrada na Tabela 1.

Seus municípios limítrofes são: Santa Maria de Itabira, a norte; Itabira, a oeste; Bela Vista de Minas, a sudoeste; São Domingos de Prata, a sul; e Antônio Dias, a leste e norte, a população de Nova Era está distribuída em ordem decrescente nos respectivos setores econômicos: mineração, prestação de serviços, comércio e transporte. Uma grande fração da população trabalha de forma informal. A principal atividade pecuária é a criação de bovinos e suínos que abastece os mercados. (NOVA ERA, 2015).

**Tabela 1 – População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2009.**

Faixa Etária/anos	Masculino	Feminino	Total
Menor de 1	142	136	278
1 a 4	593	557	1150
5 a 9	760	712	1.472
10 a 14	731	746	1.477
15 a 19	820	826	1.646
20 a 29	1.708	1.795	3.503
30 a 39	1.271	1.388	2.659
40 a 49	1.157	1.288	2.445
50 a 59	823	961	1.784
60 a 69	500	648	1.148
70 a 79	265	413	678
80 e +	123	214	337
Total	8.893	9.684	18.577

**Fonte: IBGE (2010) Censos e Estimativas.**

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no ano de 2010 foi de 0,709; o Produto Interno Bruto per capita é de 15.934,90 reais, tem uma Renda Média Familiar com um salário mínimo 85% e 15% com um salário médio.

O abastecimento de água tratada se divide em rede pública, 87,4%, poços ou nascentes, 10,2% e outros 2,4%. O recolhimento de esgoto pela rede pública divide-se em esgoto, 80,3%, fossas 1,3% e ar aberto 1,3%. A taxa de crescimento anual da população é de 1,05%, a densidade demográfica é de 91,6 hab./ km<sup>2</sup>, a taxa de escolarização é de 81,5%, predomina a religião católica apostólica

romana, a proporção de moradores abaixo da linha de pobreza é 33,14; o índice de pobreza subjetiva é 28,58; o índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil é 0,41 e o % da população usuária da assistência à saúde no SUS é 87.02% (NOVA ERA, 2015).

Quanto à saúde, o Programa Estratégia Saúde da Família de Nova Era conta com cinco UBS, uma Rede de Farmácia; três Laboratórios; quatro clínicas e um hospital. O atendimento de especialidades como Pediatria, Ginecologia, Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cardiologia, Gastrenterologia são realizados na Policlínica e no hospital. Tem também 10 igrejas e duas creches.

A UBS do presente estudo está localizada no bairro Vila Santa Rosa. É um local bem centralizado em relação à área de abrangência, facilitando o acesso dos usuários.

Contamos na UBS com um Médico Clínico Geral, uma Enfermeira, uma Fisioterapeuta, um Odontólogo, seis Agentes Comunitários da saúde, uma Atendente do consultório odontológico, três Técnicos em Enfermagem e uma Auxiliar de serviços gerais. O horário dos trabalhadores do posto é de 8 horas diárias, de modo que os trabalhadores cumprem 40 horas semanais. O horário de funcionamento é de segunda à sexta, nos períodos de 07 às 12 horas e de 13 às 16 horas. O atendimento médico é de terça a sexta em tempo integral, sendo que nas segundas-feiras são destinadas ao estudo do programa. Eu como todos os colegas do programa Mais Médicos tenho que dedicar 8 horas a estudo para uma melhor preparação e conhecimento dos programas brasileiros, onde se fazem exames e avaliações nas diferentes etapas.

Quanto à área física, contamos com dois consultórios médicos, uma sala para o atendimento de fisioterapia, uma sala de vacinação, uma sala de triagem, uma sala de enfermagem, uma sala de curativos, uma sala de esterilização com uma autoclave, um consultório odontológico, a recepção, dois banheiros e uma varanda onde os pacientes aguardam pelo atendimento e uma cozinha que fica localizada no fundo.

A unidade possui seis computadores, uma autoclave, uma mesa ginecológica, duas geladeiras, uma para vacinas e outra na cozinha. Possuímos

dois otoscópios, dois esfigmomanômetros adultos e um pediátrico, instrumental para realização do exame Papanicolau e material de curativo.

São oferecidos atendimentos odontológicos, consultas médicas, vacinações, seções de fisioterapia, terapia antitabagismo, coleta de colo uterino para realização do Papanicolau realizado pela Enfermeira e atendimentos a doenças crônicas, tais como diabetes, asma, hipertensão, doenças da tireoide, hiperdia e palestras educativas.

Dentro das doenças crônicas atendidas damos ênfase na hipertensão arterial por ser esta, a mais frequente na população.

O meio em que o indivíduo vive, muitas das vezes, cria uma interpretação equivocada da doença que o acomete. Os pacientes hipertensos, são a prova de que os fatores socioculturais, econômicos, ambientais e políticos estão diretamente ligados aos hábitos de vida, nível de informação e pressão social. Estes fatores estão diretamente ligados ao desfecho da doença, que podem levar ao sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, dentre outros fatores que prejudicam o tratamento, controle e promoção da saúde destas pessoas.

Baseado em um acompanhamento diário, por meio das visitas domiciliares, palestras, reuniões e questionamento fica claro, em nosso meio, a necessidade de medidas que visem instruir os pacientes hipertensos, quanto aos fatores de risco, mudanças no estilo de vida, adesão ao tratamento e prevenção de complicações, a fim de melhorar a qualidade de vida destes usuários. Chegamos a estas conclusões olhando, por exemplo, a forma de alimentar-se, usam muitas gorduras, alimentos fritos, churrascos com muito sal, preferem pão que frutas ou vegetais. E quanto ao exercício físico, muitos praticam, mas, não com a intensidade ou o tempo adequado, não tem um professor ou orientador físico que ajude com isto. Também muitos não seguem as orientações do médico na medicação, já porque não tem ajuda dos familiares ou não gostam de tomar, lembremos que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) muitas vezes é silenciosa ou não se acompanha de sintomas e quando chega já é muito tarde e aparecem sequelas para a vida toda.

## 2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão é sem sombra de dúvidas o maior problema enfrentado pela ESF e seus usuários. Existe um grande número de pacientes hipertensos em nossa área, levando a uma demanda significativa de consultas, muitos apresentam dificuldade de adesão ao tratamento, com fatores de risco que aumentam ainda mais a possibilidade de problemas cardiovasculares, causa prioritária de mortalidade no município.

Para conseguir melhorar a qualidade de vida destes usuários, são necessárias medidas que facilitem o acesso destes ao tratamento, prevenindo possíveis complicações. O bom entendimento da doença e de suas complicações é fundamental para a adesão ao tratamento por parte dos pacientes. Na vivência cotidiana, podemos observar o abandono do tratamento devido ao bom controle pressórico, onde por falta de informação os pacientes entendem que estão curados da doença. Por isso é imprescindível a realização de um plano de ação que ajude a melhorar a qualidade de vida dos moradores de Vila Santa Rosa, não somente para prevenir complicações, mas também para evitar que surjam novos portadores da doença, com boa dieta, diminuição do sal, praticando atividade física diária, evitando o sedentarismo, controlando os níveis de colesterol e triglicérides assim como outras gorduras em sangue, evitando o mau hábito de fumar, diminuindo o consumo de álcool, e outras drogas prejudiciais para a saúde e sobre tudo, que podem levar a uma HAS.

Com nosso plano de ação e as medidas recomendáveis buscamos ajudar muito à população de Nova Era. A aprendizagem e a mudança de hábitos na alimentação e na vida diária ajudarão a trazer melhoras na qualidade de vida não somente dos pacientes hipertensos, mas também, de todos os pacientes com doenças crônicas. Busca-se auxiliar, ainda, na prevenção de sequelas e complicações cerebrovasculares, cardiovasculares entre outras.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um plano de ação que visa melhorar a qualidade de vida dos portadores de hipertensão atendidos, pela ESF Vila Santa Rosa em Nova Era – MG.



#### 4 METODOLOGÍA

Originada da epidemiologia clínica, em meados de 1990, a Medicina Baseada em Evidências objetiva a organização das informações mais importantes acerca de um problema de saúde e a busca por intervenções mais eficientes, o que resulta em uma melhor resposta do paciente, diante de um problema enfrentado, de forma segura e com menor custo. Essa prática correlaciona a evidência mais relevante e resolutiva com a experiência clínica e as individualidades de cada paciente. Assim, os diferentes profissionais de saúde elegem uma conduta fundamentada em evidências científicas, apontadas pela literatura, com o intuito de melhorar a assistência prestada ao paciente (BORK, 2005).

São quatro as fases de desenvolvimento da prática da medicina baseada em evidências, sendo elas, ver, questionar, julgar e agir. Onde o ver consiste na elaboração do quadro clínico de um paciente (anamnese, observação, exame físico e exames complementares), o questionar a formulação de uma pergunta que expressa o problema; o julgar corresponde à análise de trabalhos publicados, a validade e a aplicabilidade destes diante do problema; o agir seria a resultante das demais fases (DRUMMOND *et al.*, 2004).

Para a elaboração desse projeto de intervenção utilizou-se o método de diagnóstico situacional, seguido do Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES é a forma adequada de realizar um projeto ou uma tarefa, um planejamento estratégico para cumprir a meta requerida. É a arte de governar definido por economista chileno Carlos Matus (GIOBANELLA, 1990).

Os dados foram coletados por meio do diagnóstico situacional. A construção do Plano de Ação seguiu os dez passos propostos por Campos; Faria e Santos (2010) do PES, a saber: Definição dos problemas; Priorização dos problemas; Descrição do problema; Explicação do problema; Seleção dos nós críticos; Desenho das operações; Identificação dos recursos críticos; Análise da viabilidade do plano; Elaboração do plano operativo; Gestão do plano operativo.

Para subsidiar a abordagem teórica, fizemos uma revisão na literatura nacional com os seguintes descritores: Hipertensão; Atenção Primária em Saúde;

Estratégia Saúde da Família. Também utilizamos revistas e sítios de internet, para uma melhor compreensão e abordagem do tema a fim de planejar estratégias acordes com os problemas da população e preparar adequadamente a equipe de saúde sobre a hipertensão. Logo utilizamos a literatura científica que correspondiam com as nossas necessidades para uma melhor fundamentação teórica sobre o tema.

Assim, na elaboração deste plano de ação, foi levado em conta o número de pacientes hipertensos existentes na área de abrangência da UBS – Vila Santa Rosa, no município de Nova Era/MG. Além disso, foram feitas entrevistas com usuários e profissionais de trabalho do local, onde se pode observar a dificuldade de adesão ao tratamento e a prática de hábitos de vida desfavoráveis para a promoção da saúde destes pacientes.

Por meio de reuniões e palestras de capacitação, os integrantes da Equipe de Saúde da Família serão treinados e instruídos a fim de conseguirem abordar de forma mais segura e concisa os pacientes hipertensos.

Após a capacitação dos profissionais, será montado um grupo operativo, composto pelos profissionais da saúde, usuários hipertensos e familiares próximos. Serão realizadas reuniões quinzenais nos três primeiros meses e posteriormente passarão a ser mensais.

O grupo visa melhorar o entendimento dos pacientes quanto à HAS, promovendo discussões a respeito da doença, relatos de vivências e informações através de palestras, vídeos, cartazes, além de estimular a prática de atividade física através de um profissional de Educação Física e um nutricionista que dará informações sobre a alimentação adequada e saudável para estes pacientes.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

Segundo estudos da Organização Mundial de Saúde, a doença cardiovascular é uma das principais causas de morte nas sociedades ocidentais, sendo a hipertensão uma das responsáveis. O crescimento progressivo na prevalência das doenças cardiovasculares impõe a necessidade de se desenvolver e programar estratégias populacionais de prevenção dos múltiplos fatores de risco que levam a desfechos primários relacionados. (FRANCISCHETTI; SANJULIANJ, 2005).

É preciso ressaltar que a Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da Pressão Arterial (PA) (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais de metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILIAMS, 2010).

A HAS é ainda um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas. É responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronária. Em combinação com a Diabetes, representa 62,1% do diagnóstico primário de pessoas submetidas à diálise. Entre as pessoas idosas, a HAS é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária. É um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas, quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e incapacidade nos idosos. A HAS não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento, é definida pela PA sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma PA diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (WILIAMS, 2010).

Deve-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global, estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

As doenças cardiovasculares (DCVs) constituem a principal causa morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para essas doenças, mas, vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A HAS e o Diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento desse cenário (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCVs têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 a 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT *et al.*, 2011).

A prevalência da HAS se correlaciona diretamente com a idade, sendo mais presente entre as mulheres e nas pessoas com sobrepeso ou obesidade. Por ser um problema silencioso deve ser investigado sistematicamente, mesmo em face de resultados iniciais normais.

O segundo país com os melhores indicadores em relação ao diagnóstico, ao acompanhamento e ao controle de HAS é Cuba, visto que, em 16 anos, houve um decréscimo significativo da prevalência de HAS e um aumento do diagnóstico, do acompanhamento e do controle desse problema de saúde. Esse país apresenta uma prevalência de HAS de 20%, destes 78% são diagnosticados, 61% utilizam a medicação de forma regular e 40% têm a HAS controlada. Entre os usuários em acompanhamento regular na rede de Atenção Básica, o controle da HAS sobe para 65%. Há uma pequena diferença entre homens e mulheres (estas têm menores proporções de diagnóstico e controle), mas não houve diferenças em relação à etnia e à escolaridade (ORDUÑEZ-GARCIA *et al.*, 2006).

Os indicadores cubanos superam os indicadores dos Estados Unidos, Inglaterra, Itália, Alemanha, Suécia e Espanha, e os bons resultados são

atribuídos a vários fatores. O primeiro refere-se à organização do sistema de Saúde a partir da Atenção Básica (AB) (ALDERMAN, 2006; ORDUÑES-GARCIA *et al.*, 2006). O segundo é a implementação de uma política nacional de atenção à Saúde, cujo principal objetivo, desde 2001, é diminuir os indicadores de mortalidade por AVC e infarto agudo de miocárdio (IMA) - os mais altos do planeta naquela época. Essa política foi sustentada por um protocolo de práticas, objetivos e metas a serem alcançados, um sistema de informação que permite avaliação constante e a participação significativa de profissionais não médicos no processo de acompanhamento dos hipertensos (SHARMA *et al.*, 2004; ORDUÑEZ-GARCIA *et al.*, 2006).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de AB. As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o MS preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da PA poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (PORTO ALEGRE, 2009).

Além de causas genéticas e hereditárias é necessário destacar a influência do ambiente na gênese da hipertensão. Observações mostram como a ingestão de sódio e, especialmente, o consumo acima de valores prudentes pode relacionar-se com aumentos de PA; obesidade e aumento de PA, do ponto de vista estatístico, estão também estreitamente ligados; ingestão sistemática de álcool, tabagismo e ingestão prolongada de certas drogas: esteroides adrenais, contraceptivos orais, anti-inflamatórios não hormonais, ciclosporina e eritropoietina são conceituados como fatores de risco para desenvolver hipertensão. Além disso, o rendimento de outros cátions (Cálcio, Potássio, Magnésio) pode exercer função protetora em alguns casos e em outros, estimular o desenvolvimento de hipertensão. Da mesma forma é estudado o papel do

estresse psicológico no desencadeamento e perpetuação desta doença (ÁLVAREZ, 2008).

O acompanhamento da pessoa com hipertensão é realizado na UBS. Em algumas situações, haverá necessidade de uma consulta especializada, respeitando-se os fluxos de referência e contra-referência locais e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento.

No atendimento, muitas vezes erramos ao confiar em outros colegas na aferição da PA. Assim, deve-se atentar para uma boa técnica e a retificação contínua (ÁLVAREZ, 2008):

1. Dar um descanso de 5 minutos ao paciente antes de aferir a PA.
2. Não fumar ou beber cafeína 30 minutos antes.
3. Sentado na posição adequada e braço apoiado.
4. O esfigmomanômetro deve cobrir pelo menos dois terços do braço.
5. Palpar a artéria radial e inflar o manguito 20 ou 30 mmHg sobre o desaparecimento do pulso.
6. Coloque o diafragma do estetoscópio sobre artéria braquial na fossa antecubital e esvaziar a braçadeira a uma velocidade de 3 milímetros/s. A leitura deve ser fixada em 2 mmHg ou mais perto do aparecimento ou desaparecimento das divisões de ruído.
7. Fazer duas leituras separadas por 2 minutos; se a diferença é de 5 mm ou mais deve fazer uma terceira medida e mediar as três.
8. Verifique no braço contralateral e aferir no mais alto valor.

Na atenção ao hipertenso, para um bom controle de PA, é preciso de um bom tratamento, para o qual existem medicamentos específicos e medidas que devem ser tomadas ou planejadas para melhorar a qualidade de vida e evitar complicações. As principais estratégias para o tratamento não farmacológico da HAS incluem o controle de excesso de peso

Há consenso de que o peso do corpo e a PA tem um relacionamento proporcional e uma relação estreita. A definição mais comum da obesidade é o índice de massa corporal superior a 27, índice de massa corporal (IMC) = peso kg (altura m)<sup>2</sup>, é importante porque predispõe à resistência à insulina. Com esta consideração, a dieta deve ser orientada hipocalórica e rígida, se o paciente tem uma Diabetes marcada (ÁLVAREZ, 2008).

O excesso de peso é um fator predisponente para a HAS. Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso. Independentemente do valor do IMC, a distribuição de gordura, com localização predominante no abdome, está frequentemente associada com resistência à insulina e elevação da PA (ÁLVAREZ, 2008). Assim, a obesidade central abdominal é um fator preditivo de DCVs.

Então, faremos referência às principais medidas ou tratamento não farmacológicos que devemos ter em conta para evitar esta doença :

Adoção de hábitos alimentares saudáveis:

Dieta e nutrientes específicos. Os conteúdos e integração das refeições têm implicações para o tratamento da hipertensão por várias razões: a sua ligação com o balanço energético e peso corporal e a relação com glicose e metabolismo lipídico. O conteúdo de elementos como (sódio, potássio, cálcio e magnésio) pode influenciar no comportamento da PA e é o primeiro o mais prejudicial definitivamente; é importante a redução dietética de pelo menos 6 gramas de NaCl ou 2 gramas de sódio por dia. Com esta medida pode-se esperar uma diminuição do nível de PA e as necessidades de medicação anti-hipertensiva. O potássio, no entanto, é proposto como um protetor contra a HAS e deve ser obtido de preferência através do consumo de frutas e legumes frescos antes de usar medicamentos para esse fim. Os suplementos dietéticos de cálcio e magnésio também têm sido mencionados como favoráveis; estes devem ser parte de um bom padrão alimentar, mas ainda é duvidosa a sua intervenção na regulação da PA (ÁLVAREZ, 2008).

A alimentação desempenha um papel importante no controle da HAS. Uma alimentação com conteúdo reduzido de sódio, baseada em frutas, verduras,

derivados de leite desnatado, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a PA em indivíduos hipertensos (ÁLVAREZ, 2008).

#### Redução do consumo de bebidas alcoólicas

O uso excessivo de álcool está relacionado com o aumento da pressão arterial. Recomenda-se limitar a ingestão de bebida alcoólica a 30ml/dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres, preferencialmente, com as refeições. Isso corresponde, para o homem, a ingestão diária aproximada de uma garrafa (720 ml) de cerveja; duas taças (240 ml) de vinho ou duas doses (60 ml) de bebida destilada. As pessoas que não conseguem se enquadrar nesses limites de consumo ou que possuam situações clínicas específicas, como história de dependência alcoólica, hepatopatias e deficiências imunológicas, sugere-se o abandono do consumo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2013).

#### Abandono do tabagismo

O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas (ÁLVAREZ, 2008).

#### Realização de uma Prática Corporal / Atividade Física regular

Pessoas hipertensas devem iniciar uma Prática Corporal/Atividade Física regular, pois, além de diminuir a PA, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade geral, facilitando o controle do peso (ÁLVAREZ, 2008).

É importante considerar ainda: a participação em grupos de auto-ajuda para a natureza do problema e seu monitoramento; as intervenções educativas que favorecem a adesão ao tratamento; a educação da família, especialmente, tratando-se de idosos frágeis e dependentes, nos quais a probabilidade de efeitos secundários é enorme e a necessidade de supervisão é imperativo, o impacto financeiro do tratamento, que é determinante para a adesão terapêutica. Assim



poderemos ajudar esta população precisada de ações urgentes para um melhoramento no nível de vida e minimizando os riscos de sequelas (ÁLVAREZ, 2008).

Por todas as questões apresentadas, e outros problemas que esta doença pode trazer para a população, é que decidimos realizar uma proposta de intervenção para melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos da ESF.

## **6 PLANO DE AÇÃO**

No plano de ação vamos explicar como definimos os principais problemas, passo a passo, para a construção de uma proposta onde se possa alcançar o principal objetivo que é melhorar a qualidade de vida dos portadores de hipertensão atendidos pela ESF Vila Santa Rosa em Nova Era – MG.

### **Primeiro passo: definição dos problemas**

A ESF tem como objetivo oferecer um atendimento básico mais humanizado e com maior resolubilidade. Para isso, conta com ações de saúde individuais e coletivas, visando à prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e promoção da saúde.

É necessário que a equipe de saúde da família seja capaz de identificar os problemas mais frequentes e que exigem mais atenção na população adscrita, sendo de suma importância o diagnóstico situacional da área de abrangência.

Depois de analisar os dados disponíveis em fontes como: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Secretária de Saúde Municipal, tiveram a oportunidade de discutir com os membros da equipe, os principais problemas enfrentados pela ESF e a população.

Foram citados vários problemas, sendo consenso geral da equipe, a necessidade de trabalhar junto aos pacientes hipertensos e diabéticos. Estes foram os que ganharam maior destaque devido ao grande número e à dificuldade de controle adequado da doença. Apesar de grande esforço para otimização do tratamento destes pacientes, através de, no mínimo duas consultas anuais, grupos operativos, informações e instruções durante as consultas, este ainda é um grande problema enfrentado por todos.

## Segundo passo: priorização de problemas

Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da ESF de Vila Santa Rosa, Nova Era/MG. 2015

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Tratamento de Hipertensos	Alta	7	parcial	1
Tratamento de Diabéticos	Alta	7	parcial	2
Gravidez em menores de 16 anos	Alta	5	parcial	3
Uso indiscriminado de benzodiazepínico	Alta	6	parcial	3
Queixas ortopédicas (lombalgia, artrálgias, etc.).	Alta	4	parcial	4

FONTE: Equipe de Saúde da Família – UBS – Vila Santa Rosa, Nova Era/MG.

Como se pode verificar no Quadro 1, a HAS é o maior problema detectado pela equipe e sobre ele que incide a intervenção proposta.

## Terceiro passo: descrição do problema selecionado

A HAS é sem sombra de dúvidas o maior problema enfrentado pela ESF e seus usuários. Existe um grande número de pacientes hipertensos em nossa área, levando a uma demanda significativa de consultas, muitos apresentam dificuldade de adesão ao tratamento e com fatores que aumentam ainda mais o risco de problemas cardiovasculares, riscos estes, os causadores de maior mortalidade no município.

O quadro 2 ilustra em números a quantidade de pacientes hipertensos cadastrados e confirmados e alguns fatores de risco encontrados nessa população.

**Quadro 2 – Descritores dos pacientes hipertensos e fatores de risco associados.**

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos Cadastrados	598	SIAB
Hipertensos Confirmados	576	Dados da Equipe
Hipertensos Acompanhados	388	Dados da Equipe
Hipertensos Controlados	482	Dados da Equipe
Hipertensos Diabéticos	112	Dados da Equipe
Hipertensos Obesos	233	Dados da Equipe
Hipertensos Tabagistas	200	Dados da Equipe
Hipertensos Sedentários	154	Dados da Equipe
Hipertensos dislipidêmicos	231	Dados da Equipe

Fonte: Equipe de Saúde da Família – UBS – Vila Santa Rosa, Nova Era/MG.

Com o levantamento dos dados descritos no Quadro 2 foi possível identificar os problemas mais comuns encontrados nessa população específica, facilitando a elaboração de planos de ação e direcionamento das estratégias de intervenção.

**Quarto passo: explicação do problema selecionado**

O meio em que o indivíduo vive, muitas das vezes, cria uma interpretação equivocada da doença que o acomete. Os pacientes hipertensos, são a prova de que os fatores socioculturais, econômicos, ambientais e políticos estão diretamente ligados ao desfecho da doença. Estes fatores estão diretamente ligados aos hábitos de vida, nível de informação e pressão social, que podem levar ao sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, dentre outros fatores que prejudicam o tratamento, controle e promoção da saúde destas pessoas.

Para conseguir melhorar a qualidade de vida destes usuários, são necessárias medidas que facilitem o acesso destes ao tratamento, prevenindo possíveis complicações. O bom entendimento da doença e de suas complicações é fundamental para a adesão ao tratamento por parte dos pacientes. Na vivência cotidiana, podemos observar o abandono do tratamento devido ao bom controle pressórico, onde por falta de informação os pacientes entendem que estão curados da doença.

Está claro, em nosso meio, a necessidade de medidas que visem instruir os pacientes hipertensos, quanto aos fatores de risco, mudanças no estilo de vida, adesão ao tratamento e prevenção de complicações, a fim de melhorar a qualidade de vida destes usuários.

#### **Quinto passo: seleção dos “nós críticos”**

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

- ✓ Entendimento da doença
- ✓ Hábitos de vida
  - Tabagismo, alcoolismo, alimentação inadequada, sedentarismo, etc.
- ✓ Adesão ao tratamento
- ✓ Consultas periódicas
- ✓ Prevenção de complicações

A equipe de saúde da Vila Santa Rosa depois de observar o comportamento dos pacientes e revisar os prontuários de cada um, considerou estes problemas como principais e se propôs tomar medidas e construir um plano de ação com o objetivo de dar solução a cada um deles.

#### **Sexto passo: desenho das operações**

Para a compreensão da necessidade de mudanças no estilo de vida e a prática destas ações fizemos o quadro 3 onde nomeamos cada passo, planejamos ações estratégicas e colocamos pessoal capacitado em cada problema para resolvê-lo. Com a ajuda de outros setores como a Prefeitura, os trabalhadores da Rádio Local e especialistas colaboradores com a equipe o trabalho foi realizado.

**Quadro 3 – Desenho operações.**

<b>Operações</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Ações Estratégicas</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
Mais saber	Pacientes mais bem informados sobre a hipertensão, complicações e necessidade do tratamento.	Aulas expositivas e dinâmicas de grupo oferecidas durante os encontros do grupo de hipertensos.	Projetos e programas de saúde.  Informações por radio local.	Pessoal capacitado.  Local de reunião.  Médios de ensino.  Espaço na rádio local
Bem viver	Diminuir em 30% o número de pacientes tabagistas.	Oferecer apoio psicológico e medicamentoso para os tabagistas que desejam abandonar o vício.	Terapia de grupos.  Avaliação do nível de informação.	Pessoal capacitado.  Local de reunião.  Recursos de ensino.
Ativa vida	Diminuir em 50% o número de pacientes sedentários.  Diminuir a quantidade de hipertensos obesos.	Estimular a prática de atividade física e oferecer aulas de ginástica, alongamento e caminhadas diárias.  Acompanhamento com nutricionista.	Programa de campanha.  Terapias de grupo.	Pessoal capacitado.    Ações educativas
Comer bem	Apoio nutricional para melhora da alimentação	Acompanhamento com nutricionista atingindo uma dieta saudável e hipossódica.	Campanha educativa na radio local.Avaliação do nível de informação da população risco	Pessoal capacitado.  Espaço na rádio local

FONTE: Equipe de Saúde da Família – UBS – Vila Santa Rosa, Nova Era/MG.

## Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Identificação dos recursos críticos.

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos para criar estratégias de modo a viabilizá-los (Quadro 4).

Quadro 4- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema “Uso excessivo de medicamentos”.

Mais saber	Político- para conseguir espaço na radio e local de reunião. Financeiros- para aquisição de recursos audiovisuais.
Bem viver	Político- articulação intersectorial e aprovação de projetos.
Ativa vida	Político- Mobilização social em torno a ampliar conhecimentos de saúde.
Comer bem	Político- para conseguir espaço na radio e local de reunião.

FONTE: Equipe de Saúde da Família – UBS – Vila Santa Rosa, Nova Era/MG.

## Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Análise da Viabilidade do plano.

Não é segredo que existem ações difíceis para cumprir, e é por isso que foi dada prioridade àquelas que podem ser resolvidas de forma favorável e com a menor utilização de recursos do que as que podem levar muito mais tempo. Para isto foi preciso ajuda, principalmente, da Secretária Municipal de Saúde, assim como da Prefeitura. Elaboramos quadro 5 para apresentar esta situação.

### Quadro 5 - Propostas de ações para a motivação dos autores.

<b>Operações</b>	<b>Recursos críticos.</b>	<b>Ator que controla.</b>	<b>Motivação</b>	<b>Ação estratégica</b>
Mais saber	Político- para conseguir espaço na radio e local de reunião.  Financeiros- para aquisição de recursos audiovisuais.	Secretaria municipal de saúde.	Favorável	Não é necessária
Bem viver	Político- articulação intersectorial e aprovação de projetos.	Secretaria municipal de saúde.	Favorável	Apoio dos profissionais
Ativa vida	Político- Mobilização social em torno a ampliar conhecimentos de saúde.	Secretaria municipal de saúde.	Favorável	Apoio dos profissionais.
Comer bem	Político- para conseguir espaço na radio e local de reunião.	Secretaria municipal de saúde.	Favorável	Apoio dos profissionais.

FONTE: Equipe de Saúde da Família – UBS – Vila Santa Rosa, Nova Era/MG.

### **Nono passo: elaboração do plano operativo**

Plano Operativo do Projeto de Intervenção.

A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. Seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas, prestando contas do



andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano, representado tudo isto abaixo no quadro 6.

**Quadro 6: Plano Operativo, designação de responsáveis dos projetos a realizar.**

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Mais saber	Pacientes mais bem informados sobre a HAS, complicações e necessidade do tratamento.	Aulas expositivas e dinâmicas de grupo oferecidas durante os encontros do grupo de hipertensos.	-Médico	3 meses
Bem Viver	Diminuir em 30% o número de pacientes tabagistas.	Oferecer apoio psicológico e medicamentoso para os tabagistas que desejam abandonar o vício.	-Médico  -Enfermeira	1 ano
Ativa vida	Diminuir em 50% o número de pacientes sedentários.  Diminuir a quantidade de hipertensos obesos.	Estimular a prática de atividade física e oferecer aulas de ginástica, alongamento e caminhadas diárias.  Acompanhamento com nutricionista.	-Médico  -Enfermeira  -Reabilitadora	1 ano
Comer Bem	Apoio nutricional para melhora da alimentação	Acompanhamento com nutricionista para se atingir uma dieta saudável e hipossódica.	-Médico  -Enfermeira	6 meses

FONTE: Equipe de Saúde da Família – UBS – Vila Santa Rosa, Nova Era/MG.

## **Décimo passo: Gestão do plano**

O Plano foi acompanhado pela Enfermeira e o Médico com ajuda de especialistas da área.

A avaliação foi satisfatória, já que em um curto período de tempo tem-se notado a melhoria nos níveis de PA, a diminuição dos níveis de colesterol e triglicérides, a diminuição progressiva do peso corporal e a incorporação dos pacientes fumantes ao grupo tabagista com o objetivo de eliminar o mau hábito. Tudo isto foi alcançado sem a necessidade do uso de anti-hipertensivos orais ou outros medicamentos.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho a equipe de saúde pretende melhorar a qualidade de vida da população de Vila Santa Rosa. Está clara em nosso meio, a necessidade de medidas que visem instruir os pacientes hipertensos quanto aos os fatores de risco, mudanças no estilo de vida, adesão ao tratamento e prevenção de complicações, a fim de melhorar a qualidade de vida destes usuários.

É bom lembrá-los que podem melhorar o quadro desta doença com uma dieta saudável, praticando exercícios físicos, deixando de fumar, evitando o estresse e também o sedentarismo. A HAS pode ser a base para doenças cardiovasculares que podem levar à morte ou deixar sequelas graves para a vida.

A ESF – do Sistema Único de Saúde- é muito importante e necessária para a população, principalmente de baixa e média renda. Verifica-se que depois de seu surgimento houve grandes melhorias na saúde da população.

Em relação aos usuários por nós assistidos, inscritos em nossa área de abrangência é nosso dever ajudar a prevenir doenças crônicas como a HAS evitando males maiores ou sequelas por causa de suas complicações.

Assim, esta proposta de intervenção é uma amostra de que se pode fazer muitas atividades para o bem da população de forma mais planejada e que o seguimento diário, sem diferenças entre as pessoas, seja por classe social, credo, cor ou raça, pode melhorar o quadro de saúde da sociedade brasileira.

A melhoria da qualidade de vida das pessoas tem que ser o objetivo principal da ESF. As visitas domiciliares, as reuniões de grupo como tabagistas, doentes crônicos, etc. são mais que necessárias para uma assistência integral ao usuário, bem como, às famílias atendidas.

Constatamos, portanto, que os membros da equipe de saúde devem trabalhar cada dia mais unidos e com responsabilidade nas tarefas orientadas. A comunidade assistida merece de todos os profissionais o seu melhor, na busca por uma melhor qualidade do atendimento oferecido na ESF.

## REFERÊNCIAS

- ALDERMAN, MH. **Does** blood pressure control require a Cuban-style revolution? **J.Hypertension**, v. 24, n.5, p. 811-812, 2006.
- ÁLVARES, S. **Medicina General Integral**. La Habana, v.2, p.86-107, 2008.
- BORK, A.M.T. **Enfermagem baseada em evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em 25 de julho 2015.
- BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. DATASUS, 2015. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php> . Acesso em 14 de outubro 2015.
- BRASIL. Prefeitura Municipal de Nova Era: Disponível em: [www.novaera.mg.gov.br](http://www.novaera.mg.gov.br). Acesso em 10 de julho 2015.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P; SANTOS, M.A Elaboração do plano de ação. In: CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il.
- DRUMMOND, J.P; SILVA, E; COUTINHO, M. **Medicina baseada em evidências: Novo paradigma assistencial e pedagógico**.2.ed. São Paulo; Atheneu, n. 2, 2004.
- FRANCISCHETTI, E.D.; SANJULIANJ, A.F. Tópicos especiais em hipertensão arterial. In: NÓBREGA, A.C.L; CASTRO, R.R.T. **Hipertensão arterial e exercício**. São Paulo: BBS Editora; 2005. p. 225-31.
- GIOVANELLA. **Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa**. Rio de Janeiro: Guanabara; 1990.
- ORDUÑEZ-GARCIA, P. et al. Success in control of hypertension in a low-resource setting: the Cuban experience. **J. Hypertens**, v. 24, n. 5, p. 845-849, 2006.

PORTO ALEGRE. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em ações de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. **Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC.** Porto Alegre: [s. n.], 2009. Disponível em <http://www.ghc.com.br/unidades/saudecomunitaria>. Acesso em 29 abril. 2016.

ROLIM, L.F; ALVES, P.G. **Apoio ao Programa Saúde da Família.** Brasil, 2004.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SHARMA, A. M. et al. High prevalence and poor control of hypertension in primary care: cross-sectional study. **J.Hypertension**, v. 22, n. 3, p. 479- 486, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 55, p. 66-73, 2010.