

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**GERARDO SOSA DIÉGUEZ**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR A  
PREVALÊNCIA E MELHORAR A ADESÃO DOS HIPERTENSOS AO  
TRATAMENTO NO MUNICÍPIO DO INTERIOR DE MINAS GERAIS**

**GERARDO SOSA DIÉGUEZ**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR A  
PREVALÊNCIA E MELHORAR A ADESÃO DOS HIPERTENSOS AO  
TRATAMENTO NO MUNICÍPIO DO INTERIOR DE MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado à  
Coordenação de Pós Graduação, Universidade Federal  
do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de  
Especialista.

**Orientador: Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi**

**GERARDO SOSA DIÉGUEZ**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR A  
PREVALÊNCIA E MELHORAR A ADESÃO DOS HIPERTENSOS AO  
TRATAMENTO NO MUNICÍPIO DO INTERIOR DE MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Examinador 2 – Prof. Nome - Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em        de        de 2016.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, a minha mãe Haydee, meu pai Gerardo e a pessoa com quem amo partilhar a vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades,  
lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram  
conquistadas do que parecia impossível.”

(Charles Chaplin)

## RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Apresentando-se como uma nova maneira de trabalhar em saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção. O PSF JK pertence à cidade de Bom Despacho e atende uma população de aproximadamente 2348 habitantes. Ao realizar diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF JK, foram identificados diversos problemas como alta prevalência de Diabetes Mellitus e alta incidência da Dengue. Entretanto, o problema de maior relevância está relacionado com Alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e dificuldades na adesão dos hipertensos ao tratamento. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. É um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. O desenvolvimento de ações e estratégias para a implementação de medidas preventivas e de promoção à saúde, controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e suas complicações são diretrizes previstas na Estratégia de Saúde da Família que objetivam uma melhor qualidade de vida da população. Nesta perspectiva, foi elaborada uma proposta de intervenção com o objetivo de diminuir a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica e melhorar a adesão dos hipertensos ao tratamento no PSF JK do município de Bom Despacho/MG. Esperando-se com o desenvolvimento deste trabalho diminuir a prevalência desta doença e melhorar a adesão dos hipertensos ao tratamento.

**Descritores:** Hipertensão, Terapêutica e Educação em Saúde.

## **ABSTRACT**

The Family Health Program (FHP) in Brazil emerges as a strategy for reorienting the care model from the primary care, in accordance with the principles of the Unified Health System. FHP appears as a new way of working health, with the family as center of attention and not only the individual patient, introducing new vision in the health intervention process in that it does not expect the people get to be answered, because it acts preventively on it from a new model of care. The PSF JK belongs to the town of Bom Despacho and serves a population of approximately 2348 inhabitants. To conduct situational diagnosis of the area covered by the PSF JK, several problems were identified as high prevalence of diabetes mellitus and high incidence of dengue. However, the most relevant problem is related to high prevalence of hypertension and difficulties in adherence of hypertensive treatment. Systemic Hypertension (HBP) is a serious public health problem in Brazil and worldwide. One of the most important risk factors for the development of cardiovascular, cerebrovascular and renal diseases. The development of actions and strategies for implementing preventive measures and health promotion, control of systemic hypertension and its complications are guidelines set out in the Family Health Strategy aimed at a better quality of life of the population. In this perspective, an intervention proposal was drawn up in order to reduce the prevalence of systemic arterial hypertension and improve adherence of hypertensive treatment at PSF JK of Bom Despacho / MG. Is expected to develop this work to reduce the prevalence of this disease and improve adherence of hypertensive treatment.

**Descriptors:** Hypertension, therapy and Health Education.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica.

PSF – Programa de Saúde da Família.

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano.

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas.

ESF – Equipe de Saúde da Família.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Primária.

AVC – Acidente Vascular Cerebral.

IM – Infarto de Miocárdio.

SCIELO – Scientific Electronic Library Online.

NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva.

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

DM – Diabetes Mellitus.

IMC – Índice de Massa Corpórea.

IECA – Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina.

ASP – Atenção Primária a Saúde.

CHD – Doença Cardíaca Coronariana.

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF JK de Bom Despacho/MG, 2015.

QUADRO 2: Prevalência dos fatores de risco associados à Hipertensão Arterial na população da ESF JK de Bom Despacho/MG, 2015.

QUADRO 3: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema Alta prevalência de Hipertensão Arterial na área de abrangência da ESF JK e dificuldades na adesão dos hipertensos ao tratamento. No município Bom Despacho/Minas Gerais.

QUADRO 4: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema Alta prevalência de Hipertensão Arterial na área de abrangência da ESF JK e dificuldades na adesão dos hipertensos ao tratamento. No município Bom Despacho/Minas Gerais.

QUADRO 5: Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema Alta prevalência de Hipertensão Arterial na área de abrangência da ESF JK e dificuldades na adesão dos hipertensos ao tratamento. No município Bom Despacho/Minas Gerais.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	12
2 JUSTIFICATIVA .....	20
3 OBJETIVOS .....	21
4 METODOLOGIA.....	22
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	36
8 REFERÊNCIAS.....	37
APÊNDICE .....	42
ANEXO.....	44

## 1 INTRODUÇÃO

O município Bom Despacho está localizado no centro oeste de Minas Gerais, a 156 km de Belo Horizonte, o município fica a 768 m de altitude. Encontra-se na região do Alto São Francisco e é banhado pelos rios Lambari e Picão. Esta região abrange as nascentes do rio São Francisco atingindo o Lago de Três Marias. O distrito de Engenho do Ribeiro localiza-se a 30 km da sede. Tem uma área total de 1.223 km<sup>2</sup> e uma densidade de 39,99 hab/km<sup>2</sup> para uma população total de 48.350 habitantes com um número estimado de 13.500 pessoas sem cadastrar (CORGOSINHO, 2013).

O município foi criado em 1911, em 30 de agosto, que o desmembrou de Santo Antônio do Monte. A Vila foi efetivamente instalada em 1º de junho de 1912, contando com dois distritos: Bom Despacho e Engenho do Ribeiro (CORGOSINHO, 2013).

O município conta com um número aproximado de 9 908 domicílios e famílias. O 94,1% da população se concentra na zona urbana do município. Com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,799. E uma expectativa de vida de 76 anos (CORGOSINHO, 2013).

O município conta com 14 Equipes de Saúde da Família e 14 de Saúde Bucal, 1 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e um Centro de Especialidades Odontológica (CEO). Com 404 servidores da saúde, dos quais 222 são contratados, 156 efetivos e 26 comissionados. O sistema de referência e contra referência de média complexidade funciona para Policlínica- Atenção secundária (Especialistas) e Santa Casa- Ingresso Hospitalar; e a alta complexidade para Divinópolis, Belo Horizonte e Itaúna e Formiga nos casos de Hemodiálise.

No município trabalham 17 médicos vinculados à Saúde da Família (ESF) dos quais 10 são do Projeto Mais Médicos; 8 estrangeiros e 2 nacionais, 14 enfermeiras, 24 técnicos de enfermagem, 14 odontologistas, 14 técnicos de odontologia e 82 agentes comunitários de saúde.

A população cadastrada dentro da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família JK é de um total de 2348 habitantes e 587 famílias, distribuídas em cinco microáreas. Com serviços de abastecimento de água tratada e recolhimento de esgoto por rede pública. A taxa de alfabetização é de 99.47 %. As principais atividades econômicas da comunidade são os serviços e indústria. Com proporção

de 0 % de moradores abaixo da linha de pobreza. Não existe população ribeirinha, população indígena ou população em situação de rua assistida no território de abrangência.

As doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes na comunidade JK são a Hipertensão Arterial Sistêmica com 218 pacientes cadastrados e a Diabetes Mellitus com 63 pacientes. Não existem pacientes com Tuberculose ou Hanseníase. E a principal causa de morte na comunidade são as Doenças Cardiovasculares.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) JK se encontra localizada dentro do bairro JK da Cidade Nova do município. Com fácil acesso para todos como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde. Foi fundada o 07 de Janeiro 2014. Possui prédio próprio que compartilham as equipes de Saúde da Família JK e Santa Marta. A estrutura física da Unidade consiste em: 1 sala de triagem, 2 consultórios médicos, 2 consultórios odontológicos com 2 cadeiras, 1 sala de medicamentos, 1 sala de curativos, 1 sala de vacinas, 2 salas dos agentes comunitários da saúde, 1 sala de reuniões, 1 cozinha e 2 banheiros.

A equipe do PSF JK é constituída por 1 médico; 1 enfermeira; 2 técnicos de enfermagem; 1 auxiliar de limpeza; 5 agentes comunitários de saúde; 1 cirurgião dentista; 1 auxiliar de saúde bucal; 1 psicóloga; 1 nutricionista; 1 fisioterapeuta e 1 assistente social. O NASF esta composto por 1 psicóloga; 1 nutricionista; 1 fisioterapeuta e 1 assistente social. A carga horária é de 40 horas semanais, exceto para o médico que pertence ao Programa Mais Médicos e tem uma folga de 8 horas semanais para a o curso de especialização em Saúde da Família.

### **1.1 Diagnóstico Situacional.**

Com o objetivo maior de potencializar a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a estratégia Saúde da Família é pilar fundamental de trabalho. No PSF pretende-se com o acionar diário reconhecer a saúde como um direito de cidadania e resultante das condições de vida; estimular a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social; intervir sobre os riscos aos quais as pessoas estão expostas; estabelecer ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde; prestar, na unidade de saúde e nos domicílios, assistência integral, continuada e humanizada às necessidades da população.

Em reunião da ESF - JK muitos foram os problemas e dificuldades abordados pelos membros que estão afetando o desenvolvimento e cumprimento dos nossos objetivos como atenção primária à saúde. Por isso definiu-se a tarefa de trabalhar em equipe e em interação com a população para uma melhor identificação dos problemas e posteriormente fazer uma análise para buscar soluções baseadas em nas possibilidades e realidades atuais. Foi de muita importância o trabalho dos agentes comunitárias de saúde e seu conhecimento da população em sua totalidade.

Para o levantamento dos problemas locais foram utilizadas ferramentas para identificar as necessidades da comunidade e garantir atender aos interesses comunitários. As agentes comunitárias de saúde fizeram pesquisa e durante visitas domiciliares, entrevistaram moradores. Foi colocada a caixa de opiniões na recepção da unidade e feitas entrevistas com informantes chaves e lideranças da comunidade, reuniões com a comunidade e o conselho local de saúde.

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

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

1. Poucas vagas para atendimento especializado.
2. Alta incidência de gravidez na adolescência.
3. Alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da ESF-JK e dificuldades na adesão dos hipertensos ao tratamento.
4. Alta prevalência de Diabetes Mellitus.
5. Alto índice de tabagismo.
6. Uso indiscriminado de medicações do tipo benzodiazepínicos, inibidor de bomba de prótons dentre outros, além da automedicação.
7. Hábitos dietéticos inadequados.
9. Alta incidência de Dengue.

### **1.1.2 Segundo passo: priorização de problemas**

A partir da definição da lista de problemas junto à equipe de saúde, torna-se necessária a priorização dos problemas com base na importância, urgência e a capacidade da equipe para intervenção. É importante ressaltar que essa priorização

indica uma demanda momentânea da ESF atual e que é feita a partir da opinião dos membros da equipe, não descaracterizando cada um dos outros problemas como importantes na comunidade de abrangência.

Assim, foi feita uma padronização para classificar cada problema na importância (alta, média ou baixa), urgência (pontos de zero a 10) e capacidade de enfrentamento (se está parcialmente, dentro ou fora da capacidade da equipe). Após essa classificação, a seleção por ordem decrescente de prioridade para intervenção foi feita a partir da análise das três variáveis classificadas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

QUADRO 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF JK de Bom Despacho/MG, 2015.

<b>Principais problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Alta prevalência de Hipertensão Arterial na área de abrangência da ESF- JK e dificuldades na adesão dos hipertensos ao tratamento.	Alta	10	Parcial	1
Alta prevalência de Diabetes Mellitus.	Alta	10	Parcial	2
Alta incidência de Dengue.	Alta	10	Parcial	3
Alta incidência de gravidez na adolescência.	Alta	8	Parcial	4
Alto índice de tabagismo.	Alta	8	Parcial	5
Hábitos dietéticos inadequados	Média	7	Parcial	6
Uso indiscriminado de medicações do tipo benzodiazepínicos, inibidor	Média	6	Parcial	7

de bomba de prótons dentre outros, além da automedicação.				
Poucas vagas para atendimento especializado.	Média	6	Fora	8

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF-JK/2015.

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

### 1.1.3 Terceiro passo: descrição do problema

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

É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (ALMEIDA, 2011).

A HAS é uma enfermidade de origem multicausal e multifatorial, decorrente da interação de fatores que foram surgindo com a evolução da humanidade. Devido à prevalência e de seus fatores de risco multiplica o risco de problemas cardiovasculares, colaborando para incrementar as taxas de morbimortalidade e os custos sócios econômicos. Sendo responsável por 45% dos ataques cardíacos e 51% dos acidentes vasculares cerebrais, segundo a Organização Mundial da Saúde (SOUZA, 2012).



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

No Brasil, um em cada três brasileiros em idade adulta sofre com a pressão arterial elevada. O índice de pacientes com idade entre 18 e 24 anos é de 8% contra 50% para a faixa etária acima de 55 anos. O diagnóstico de hipertensão é maior em mulheres (25,5%), do que em homens (20,7%). Cerca de 20% da população brasileira é portadora de hipertensão (CAETANO, 2011).

O município Bom Despacho tem 3270 hipertensos cadastrados e em nossa área de abrangência da Equipe de Saúde da Família JK há 218 hipertensos. Assim verifica-se uma prevalência de 9,28 % na área de abrangência da equipe (SIAB, 2014).

#### **1.1.4 Quarto passo:**

Para entender a gênese do problema, é importante conhecer as causas e possíveis consequências.

A HAS é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais no sangue. É uma síndrome metabólica geralmente acompanhada por alterações, como obesidade. A hipertensão pode acontecer quando artérias sofrem algum tipo de resistência, perdendo a capacidade de contrair e dilatar, ou então quando o volume se torna elevado, exigindo uma velocidade maior para circular (BRASIL, 2013).

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

A hipertensão é herdada dos pais em 90% dos casos. Em uma minoria, a hipertensão pode ser causada por uma doença relacionada, como distúrbios da

tireoide ou em glândulas endocrinológicas, como a suprarrenal. Entretanto, há outros fatores que influenciam a pressão arterial, entre eles: Tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, estresse, consumo de sal, colesterol, falta de atividade física, diabetes mellitus e sono (GUEDES; LOPES, 2010).

Além desses fatores de risco, sabe-se que a incidência da hipertensão aumenta com a idade. Isso porque com o passar do tempo nossas artérias começam a ficar envelhecidas, calcificadas, perdendo a capacidade de dilatar - são chamados de vasos menos complacentes. Com isso a hipertensão arterial é mais fácil de acontecer - cerca de 70% dos adultos acima dos 50 ou 60 anos possuem a doença (GALVAGNI, 2011).

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

O músculo cardíaco tem que se adaptar ao estresse crescente ao longo do tempo, e o tecido hipertrofia. Além do espessamento das fibras do músculo cardíaco (hipertrofia do músculo cardíaco), o tecido conjuntivo entre as fibras musculares desenvolve-se. É o chamado "coração hipertenso". O músculo cardíaco fica mais denso como consequência destes processos de reconstrução (PIMENTA, 2014).

Outro problema é que o fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco não acompanha o seu crescimento. As artérias de pequeno calibre que percorrem o músculo cardíaco são muitas vezes estrangidas pela pressão alta (microangiopatia) de tal modo que o fornecimento de oxigênio e nutrientes às camadas mais profundas do miocárdio pode estar em risco. Se não for tratada, a falha cardíaca crônica (insuficiência cardíaca) desenvolve-se com um alargamento dos ventrículos (PIERIN *et al*, 2011).

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

QUADRO 2 – Prevalência dos fatores de risco associados à Hipertensão Arterial na população da ESF JK de Bom Despacho/MG, 2015.

Fatores de risco para Hipertensão Arterial.	Total de pacientes cadastrados.	Taxa de Prevalência.
---	---------------------------------	----------------------

Tabagismo	87	3.70 %
Alcoolismo	21	0.89 %
Hiperlipidemias	346	14.73 %
Diabetes Mellitus	63	2.68 %
Obesidade	205	8.73 %

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF JK.

Segundo o diagnóstico situacional da Equipe de Saúde da Família JK do total de 218 hipertensos da área, 38 apresentam Miocardiopatia Hipertensiva. E no ano 2014 morreram 3 indivíduos com consequências de AVC e 5 produto de Infarto de Miocárdio (IM). Além disso, foram identificados 8 pacientes portadores de seqüela por AVC.

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

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

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

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

## 2 JUSTIFICATIVA

Dentre os princípios fundamentais que norteiam a Estratégia de Saúde da Família (integralidade, equidade, universalidade e hierarquização) destaca-se a integralidade, pois acredita-se que promoção, prevenção, recuperação, da saúde e reabilitação de doenças e agravos não podem ser compartimentalizadas, mas se trabalhadas em todos os seus aspectos de forma dinâmica, na perspectiva de uma abordagem integral, autônoma e resolutiva podem modificar o processo de saúde e doenças de um indivíduo, família e comunidade (MACHADO *et al.* 2010).

Entretanto às vezes a Hipertensão Arterial é conduzida por os profissionais de modo intervencionista, o que faz tornar a assistência e as atividades educativas fragmentadas.

Atualmente, dos 2348 pacientes cadastrados na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família JK, 218 são hipertensos para uma taxa de prevalência de 9.28 %. Observando-se um aumento considerável ao comparar com anos anteriores. Existindo uma forte resistência dos pacientes hipertensos a cumprir com o tratamento da doença, com maiores dificuldade na adesão ao tratamento não farmacológico.

O trabalho justifica-se pela importância e urgência de intervir na população para diminuir a prevalência desta doença e melhorar a adesão dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial ao tratamento com o fim de diminuir as complicações da doença e melhorar a qualidade de vida da população.

### **3 OBJETIVOS**

#### **Objetivo geral:**

Propor um plano de intervenção para diminuir a prevalência da Hipertensão Arterial e melhorar a adesão dos hipertensos ao tratamento no PSF JK do município de Bom Despacho/MG.

#### **Objetivos específicos:**

- Realizar ações educativas com a população e pacientes com risco a desenvolver Hipertensão Arterial para diminuir a prevalência da doença.
- Possibilitar maior adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento.

## 4 METODOLOGIA

O presente estudo se trata de um projeto de intervenção, que será realizado no ano de 2015 pela equipe de saúde do PSF JK de Bom Despacho/MG, após a realização do diagnóstico situacional, seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES).

O público-alvo será a população adstrita ao PSF. Primeiramente em reunião de equipe foi proposto o levantamentos dos principais problemas da comunidade. Os quais foram identificados a partir de dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), pesquisa das agentes comunitárias de saúde, observação ativa da equipe, entrevista com informantes chaves e lideranças da comunidade, reuniões com a comunidade e o conselho local de saúde e caixa de opiniões na recepção da unidade.

Após a identificação dos problemas, a equipe realizou a priorização dos mesmos. Para isso, foram utilizados alguns critérios como: importância do problema, urgência do problema e capacidade de enfrentamento pela equipe. O principal problema priorizado foi "Alta prevalência de Hipertensão Arterial na área de abrangência da ESF JK e dificuldades na adesão dos hipertensos ao tratamento". Para a descrição do problema priorizado foram utilizados alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros produzidos pela própria equipe. Foram selecionados fatores de risco associados ao desenvolvimento da Hipertensão Arterial na comunidade assim como complicações derivadas desta doença. Em seguida foi realizada uma análise para identificar as causas mais relevantes do problema que precisam ser enfrentadas. Assim a equipe selecionou os nós críticos que estão dentro do espaço de sua governabilidade.

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

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

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

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é, ao mesmo tempo, fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) e síndrome com manifestações próprias e características peculiares (FALKNER *et al*, 2010).

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão conceituam HAS como "uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais" (BRASIL, 2013).

Desde 1960, o Brasil passa por transições demográfica e epidemiológica caracterizadas pelo envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O crescimento acelerado, a maior participação na mortalidade proporcional e a carga da doença que se impõe para indivíduos e sociedade tornam as DCNT um problema de saúde pública que requer ações diversificadas e efetivas (BARROS *et al*, 2011).

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

No ano 2010, o número estimado de adultos no mundo com hipertensão foi de 972 milhões, com previsão de 60% de aumento na prevalência dessa doença para o ano 2025. (NASCENTE *et al*, 2010). No Brasil, um estudo de revisão sobre a HAS mostra prevalência em torno de 20%, com disparidades entre as regiões do país. Dados de 2010 do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) mostraram que a frequência de diagnóstico médico da HAS variou de 18% na Região Norte e 25% na Região Sudeste (BRASIL, 2011).

Os fatores de risco para a HAS são, por vezes, classificados em constitucionais, que não podem ser alterados (idade, sexo, raça, cor, história familiar) e, fatores ambientais ou de estilo de vida, que podem ser alterados (dieta



desbalanceada; tabagismo; consumo elevado de álcool; Diabetes Mellitus (DM); obesidade; vida sedentária e estresse emocional (CIPULLO *et al*, 2010).

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

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

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

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

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

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

**Medicamentos:** Vários medicamentos também elevam a pressão do sangue ou interferem na eficácia das drogas anti-hipertensivas. Dentre estes, estão os contraceptivos orais, agentes anti-inflamatórios não esteroides, descongestionantes nasais, ciclosporina, antidepressivos tricíclicos e inibidores oxidases não aminos (FERREIRA *et al*, 2009).

No adulto, a HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados da pressão arterial por medidas casuais. A medida da pressão arterial deve ser realizada em toda a avaliação por médicos e demais profissionais de saúde (FARIAS *et al*, 2011)

O diagnóstico de HAS é baseado na média de duas ou mais medidas aferidas em duas ou mais visitas ao consultório, respeitando-se as recomendações para a aferição da PA (PIANCASTELLI *et al*, 2013).

Alguns cuidados devem existir com relação à situação ideal para a medida da PA. Deve ser realizada em ambiente calmo, silencioso, o paciente deve estar em repouso por pelo menos cinco minutos, na posição sentada, com as pernas descruzadas, com os pés apoiados no chão e com o braço relaxado em nível do coração. Não deve ter praticado exercício na última hora, não deve ter fumado nos últimos 30 minutos, não deve ter ingerido bebidas alcoólicas, café ou alimentos em grande quantidade. Deve ser solicitado que esteja com a bexiga vazia (MALACHIAS *et al*, 2010).

Os cuidados técnicos vão possibilitar a obtenção de valores de pressão mais próximos dos reais, mas, além disso, é importante que estes valores sejam confirmados com a repetição de várias medidas no primeiro contato e a sua confirmação com intervalo de alguns dias ou semanas. Na avaliação clínica inicial é importante que sejam efetuadas medidas de PA em ambos os braços, adotando-se como referência aquele em que os valores forem mais elevados. É importante também que sejam realizadas medidas nas posições sentada, deitada e em pé, principalmente em indivíduos idosos, para que seja verificada a possibilidade de hipotensão postural (GOMES *et al*, 2010).

Apesar de a HAS ser de fácil diagnóstico, ainda é ignorada por boa parte dos portadores e mesmo os indivíduos que sabem de seu diagnóstico não têm taxa de controle adequado, sendo inferior a 50% entre aqueles sob tratamento (PINTO, 2011).

O tratamento para o controle da HAS tem como objetivo primordial a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares do portador de hipertensão, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes (DHHS, 2011). Para o tratamento da doença são utilizadas tanto medidas não medicamentosas isoladas, como associadas à adoção de fármacos anti-hipertensivos (NOBRE *et al*, 2010).

O tratamento não farmacológico consiste na modificação do estilo de vida do paciente. Inclui hábitos alimentares saudáveis, redução do consumo de bebida alcoólica, abandono do tabagismo, combate ao sedentarismo e gerenciamento do estresse (PIMENTA, 2014).

O tratamento não medicamentoso constitui medida fundamental na abordagem da HAS, uma vez que sua instituição é eficaz na sua prevenção e tratamento, além de potencializar o tratamento medicamentoso (LOPES; OLIVEIRA, 2012).

Neste sentido, as principais estratégias se relacionam à redução do consumo de sal e de álcool, redução do peso corporal, abordagem diagnóstica e terapêutica da apneia do sono, realização de exercícios físicos regularmente, combate a fatores estressores entre outros (FUCHS *et al*, 2012).

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

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo e um fator de risco independente para doenças cardiovasculares e renais. Apesar do risco que a HAS representa, a adesão à terapia anti-hipertensiva ainda é insatisfatória e permanece como desafio aos serviços de saúde e às políticas públicas, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS). A grande maioria dos portadores de HAS não tem sua pressão controlada de forma efetiva, o que pode ser explicado pela baixa adesão ao tratamento. Estima-se que, entre os pacientes em tratamento, 75% a 92% não consigam manter a pressão arterial em níveis satisfatórios (PIERIN *et al*, 2011).

Dentre os indivíduos com hipertensão que iniciam o tratamento medicamentoso, 16 a 50% desistem da medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso, o que mostra ser a não adesão um fator relevante para os programas de saúde que visam o seu controle. Vale salientar que a não adesão não significa uma desmedicalização, haja vista o poder simbólico do medicamento na nossa sociedade (ALMEIDA *et al*, 2011).

A adesão à terapêutica por parte dos portadores de doenças crônicas como a HAS tem sido discutida como um processo complexo e multifatorial. Sob o ponto de vista do indivíduo, a adesão relaciona-se ao reconhecimento, à aceitação e à adaptação à condição de saúde, bem como à identificação de fatores de risco no

estilo de vida adotado e ao desenvolvimento do autocuidado e de hábitos e atitudes saudáveis (GUEDES; LOPES, 2011).

Como fatores dificultadores da adesão, destacam-se a falta de informação sobre a doença, a passividade do indivíduo em relação aos profissionais de saúde e à escolha do esquema terapêutico, e as representações negativas relacionadas à doença e ao tratamento. No caso da HAS, vários motivos são apontados como causa para a resistência à mudança de hábitos de vida, dentre eles o curso assintomático da doença, a subestimação de suas reais consequências e a dificuldade de mudança de padrões comportamentais construídos ao longo do tempo (FONSECA *et al* 2011).

A idade, o sexo, a pressão arterial elevada, o tabagismo, a dislipidemia e o diabetes são sabidamente os principais fatores de risco para se desenvolver doença cardiovascular. A interação e o agrupamento destes fatores levaram ao desenvolvimento de uma predição baseada em algoritmos de análise multivariada, que podem ser utilizados por profissionais de saúde da atenção primária para avaliar o risco de desenvolver doença cardiovascular, ou seja, doença coronariana, AVC, DVP e insuficiência cardíaca. Esta avaliação tem sido defendida por estimar o risco cardiovascular global e para guiar o tratamento destes fatores de risco (COSTA *et al*, 2012).

A avaliação do risco de Framingham original é uma ferramenta validada para brancos e negros americanos e é transportável (com a devida calibração) para várias populações da Europa, Mediterrâneo e Ásia (FLYNN *et al*, 2011).

A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) valorizou a estratificação de risco, baseada no reconhecimento dos fatores de risco cardiovasculares, em fatores adicionais para a HAS, na identificação de lesões em órgãos-alvo e de lesões subclínicas destes órgãos (BRASIL, 2013).

Os fatores de risco adicionais para a HAS representam homens com idade acima de 55 anos e mulheres acima de 65 anos; o tabagismo; as dislipidemias, especialmente, triglicérides acima de 150 mg/dL, LDL-colesterol maior que 100 mg/dL e HDL-colesterol menor que 40 mg/dL; a presença de diabetes mellitus associada à história familiar prematura de doença cardiovascular em homens com idade menor que 55 anos e mulheres com idade menor que 65 anos (COLTRO *et al*, 2010).

## 5.1 Explicação do problema

O padrão típico do coração hipertenso inclui arritmia (distúrbios do ritmo cardíaco) na forma das denominadas extrassístoles e fibrilação. A hipertensão promove também o endurecimento das artérias (arteriosclerose), um fator de risco importante para doenças coronárias (CHD) com constrições do peito dolorosas (angina pectoris), e como tal, para o ataque cardíaco (SOUZA, 2012).

Em particular, as artérias cerebrais do pescoço (macroangiopatia) são alteradas pela hipertensão em termos de arteriosclerose. Oclusões ou estenose grave em hipertensos podem também ocorrer nas veias cerebrais maiores e causar um acidente vascular cerebral (AVC). No cérebro, o fluxo sanguíneo insuficiente pode também afetar as pequenas veias, até as suas finas veias (microangiopatia). Desenvolve-se um insuficiente fornecimento de oxigénio e nutrientes. Como consequência, o desempenho do cérebro fica afetado, observa-se uma prematura deterioração mental (demência vascular) (CHRESTANI *et al*, 2010).

As alterações causadas pela hipertensão e pela arteriosclerose são especialmente perigosas para as veias mais pequenas dos rins, que representam parte do sistema de filtração (nefroesclerose). Se a diabetes se junta à hipertensão, os rins ficam em risco. Em caso de lesões renais, a regulação do equilíbrio dos fluídos é comprometida e os resíduos metabólicos acumulam-se no organismo causando insuficiência renal (IGUCHI, 2013).

A deterioração do fluxo sanguíneo renal não só prejudica a função excretória dos rins, mas também ativa a tensão arterial, a regulação (hipertensos) do sistema hormonal nos tecidos dos rins, o sistema renina-angiotensina-aldosterona que, por sua vez, leva a um aumento da tensão arterial (REINERS, 2012).

Além disso, os bloqueios vasculares relacionados com a arteriosclerose nas veias pélvicas e nas pernas podem lesar a retina ocular (retinopatia relacionada com a hipertensão) o que, a longo prazo, causa transtornos na visão (NOBRE *et al*, 2010).

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Em discussão com a equipe, analisamos os problemas percebidos após cada um citar e expor suas impressões e, em conjunto, estabelecemos uma lista de problemas. Dos quais o problema que foi priorizado inicialmente foi Alta prevalência de Hipertensão Arterial na área de abrangência da ESF JK e dificuldades na adesão dos hipertensos ao tratamento, sendo que a importância do problema, a urgência e a capacidade de enfrentá-lo foram os critérios utilizados para sua seleção.

Para elaboração do plano de ação, antes, discutimos, identificamos e elegemos os “nós críticos” para o enfrentamento do problema:

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

Com o problema bem explicado, e identificadas as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para facilitar a exposição dos nós críticos, as operações e projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução serão detalhados nos quadros do 3 ao 5, citados embaixo.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema Alta prevalência de Hipertensão Arterial na área de abrangência da ESF JK e dificuldades na adesão dos hipertensos ao tratamento. No município Bom Despacho/Minas Gerais.

<b>Nó crítico 1</b>	Falta de conhecimento da população sobre Hipertensão Arterial e dos fatores de riscos para desenvolver a doença.
<b>Operação</b>	Aumentar o conhecimento da população sobre

	Hipertensão Arterial e dos fatores de risco associados ao desenvolvimento da mesma.
<b>Projeto</b>	<b>Saber+</b>
<b>Resultados esperados</b>	Maior conhecimento da população sobre Hipertensão Arterial, como evitara-la e diminuição na prevalência da doença.
<b>Produtos esperados</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliação do nível de conhecimento da população sobre Hipertensão Arterial e fatores de risco para desenvolver a doença.</li> <li>2. Promoção e prevenção de saúde nas visitas domiciliares.</li> <li>3. Campanha educativa na sala de espera do PSF.</li> <li>4. Campanha educativa na radio local.</li> <li>5. Programa de saúde na escola.</li> <li>6. Atividades de promoção de saúde em centros de trabalhos e igrejas.</li> </ol>
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	ESF-JK, população da área de abrangência da ESF-JK
<b>Recursos necessários</b>	<p><u>Cognitivo -+</u> Conhecimento sobre estratégias de comunicação e pedagógicas e sobre Hipertensão Arterial.</p> <p><u>Organizacional -+</u> Organizar a agenda de trabalho.</p> <p><u>Político -+</u> Mobilização social e participação da equipe. Articulação intersetorial em parceria com o setor educacional. Conseguir um espaço na radio local.</p> <p><u>Financeiro-+</u> Para aquisição de folhetos educativos e recursos audiovisuais</p>
<b>Recursos críticos</b>	Político > Mobilização social e articulação intersetorial em parceria com o setor educacional. Conseguir um

	<p>espaço na radio local.</p> <p>Financeiro &gt;Para aquisição de folhetos educativos e recursos audiovisuais.</p>
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	<p>População da área de abrangência da ESF- JK.</p> <p>Secretaria Municipal de educação.</p> <p>Radio local.</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde.</p>
<b>Ação estratégica de motivação</b>	<p>Apresentar o projeto de estruturação da rede para coordenação da APS e para todos os membros da equipe do PSF JK.</p> <p>Realizar uma reunião com conselho local de saúde e população para apresentar a proposta do projeto de intervenção.</p>
<b>Responsáveis:</b>	<p>Enfermeira, Doutor, Agentes comunitárias de saúde e profissionais do NASF.</p>
<b>Cronograma / Prazo</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Início em 1 mês e término em 2 meses.</li> <li>2. Início em 1 mês e término em 5 meses.</li> <li>3. Início em 1 mês e término em 2 meses.</li> <li>4. Início em 1 mês e término em 2 meses.</li> <li>5. Início em 1 mês e término em 3 meses.</li> <li>6. Início em 1 mês e término em 3 meses.</li> </ol>
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação.</b>	<p>Avaliação pela coordenação após 6 meses do início do projeto e ao final do mesmo.</p>

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF-JK/2015.

QUADRO 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema Alta prevalência de Hipertensão Arterial na área de abrangência da ESF JK e dificuldades na adesão dos hipertensos ao tratamento. No município Bom Despacho/Minas Gerais.

<b>Nó crítico 2</b>	Estilos de vida inadequados na população.
---------------------	---



<b>Operação</b>	Estabelecer estilos de vida adequados na população para diminuir a prevalência de Hipertensão Arterial.
<b>Projeto</b>	<b>+Saúde</b>
<b>Resultados esperados</b>	Estilos de vida adequados na população e menor prevalência de Hipertensão Arterial.
<b>Produtos esperados</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliação dos estilos de vida inadequados presentes na população.</li> <li>2. Criação de grupos de caminhadas.</li> <li>3. Criação de grupos de obesos.</li> <li>4. Criação de grupos de tabagismo.</li> <li>5. Plano individual de alimentação.</li> <li>6. Promoção e prevenção de saúde nas visitas domiciliares.</li> <li>7. Palestras educativas na recepção da unidade e em centros de trabalhos.</li> </ol>
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	ESF-JK, população da área de abrangência da ESF-JK.
<b>Recursos necessários</b>	<p><u>Cognitivo -+</u> Conhecimento do tema e sobre estratégias de comunicação</p> <p><u>Organizacional -+</u> Para organizar agenda de trabalho, os grupos e o plano de alimentação.</p> <p><u>Político -+</u> Adesão dos profissionais e da população.</p>
<b>Recursos críticos</b>	Político >Adesão dos profissionais e da população.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Equipe de Saúde da Família JK. População da área de abrangência da ESF- JK.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Realizar uma reunião com conselho local de saúde e população para apresentar a proposta do projeto de intervenção. Reforçar para a população a importância de manter

	estilos de vida saudáveis para evitar o desenvolvimento de doenças como a Hipertensão Arterial.
<b>Responsáveis:</b>	Enfermeira, Doutor, Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicóloga.
<b>Cronograma / Prazo</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Início em 1 mês e término em 2 meses.</li> <li>2. Início em 1 mês e término em 3 meses.</li> <li>3. Início em 1 mês e término em 5 meses.</li> <li>4. Início em 1 mês e término em 5 meses.</li> <li>5. Início em 1 mês e término em 2 meses.</li> <li>6. Início em 1 mês e término em 5 meses.</li> <li>7. Início em 1 mês e término em 4 meses.</li> </ol>
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação.</b>	Avaliação pela coordenação após 6 meses do início do projeto e ao final do mesmo.

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF-JK/2015.

QUADRO 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema Alta prevalência de Hipertensão Arterial na área de abrangência da ESF JK e dificuldades na adesão dos hipertensos ao tratamento. No município Bom Despacho/Minas Gerais.

<b>Nó crítico 3</b>	Inadequado processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família para enfrentar o problema.
<b>Operação</b>	Adequar o processo de trabalho da Equipe de Saúde da família para enfrentar o problema.
<b>Projeto</b>	<b>Cuidar Melhor</b>
<b>Resultados esperados</b>	Melhor processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família para diminuir a prevalência da Hipertensão Arterial e melhorar a adesão dos hipertensos ao tratamento.
<b>Produtos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Processo de educação permanente para os</li> </ol>

<b>esperados</b>	<p>membros da equipe sobre Hipertensão Arterial.</p> <p>2. Ensinar a equipe técnicas de promoção e prevenção de saúde.</p> <p>3. Implantar protocolos de atuação nesta doença.</p> <p>4. Reorganizar a agenda de trabalho dando prioridades às consultas agendadas.</p> <p>5. Estabelecer um tempo prudente em cada consulta para fazer medicina preventiva.</p>
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	ESF-JK, população da área de abrangência da ESF-JK.
<b>Recursos necessários</b>	<p><u>Cognitivo -+</u></p> <p>Conhecimento sobre estratégias de comunicação e pedagógicas e sobre o tema.</p> <p>Conhecimentos dos protocolos de atuação na doença, sobre grupos operativos e o protocolo de Manchester.</p> <p><u>Organizacional -+</u></p> <p>Organizar a agenda de trabalho.</p> <p><u>Político -+</u></p> <p>Mobilização de toda a equipe de saúde da família e dos pacientes hipertensos.</p> <p><u>Financeiro-+</u></p> <p>Para aquisição de recursos audiovisuais.</p>
<b>Recursos críticos</b>	<p>Cognitivo &gt; Conhecimento da equipe sobre protocolo de Manchester.</p> <p>Político &gt; Mobilização de toda a equipe de saúde da família e dos pacientes hipertensos.</p> <p>Financeiro &gt; Para aquisição de recursos audiovisuais</p>
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	<p>Equipe de Saúde da Família JK.</p> <p>Pacientes hipertensos.</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde.</p>
<b>Ação estratégica de motivação</b>	<p>Apresentar projeto de estruturação da rede.</p> <p>Mostrar à equipe as funções da Estratégia de Saúde da família, enfatizando na importância da promoção e</p>

	<p>prevenção em saúde e capacitar para trabalhar com o protocolo de Manchester.</p> <p>Mostrar aos pacientes hipertensos a importância da adesão ao tratamento para evitar as complicações da doença</p>
<b>Responsáveis:</b>	Enfermeira, Doutor e Psicóloga.
<b>Cronograma / Prazo</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Início em 1 mês e término em 2 meses.</li> <li>2. Início em 1 mês e término em 2 meses.</li> <li>3. Início em 1 mês e término em 2 meses.</li> <li>4. Início em 1 mês e término em 2 meses.</li> <li>5. Início em 1 mês e término em 2 meses.</li> <li>6. Início em 1 mês e término em 3 meses.</li> </ol>
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação.</b>	Avaliação pela coordenação após 6 meses do início do projeto e ao final do mesmo.

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF-JK/2015.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho verificou-se a elevada prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica e as dificuldades na adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento, na população da área de abrangência da ESF-JK. Assim como uma alta prevalência de fatores de riscos associados ao desenvolvimento desta doença. Apresentando-se como problema de saúde relevante que precisa de ações encaminhadas a sua prevenção e adequado controle.

O projeto tem como missão desenvolver um plano de ação para diminuir a prevalência da Hipertensão Arterial e melhorar a adesão dos hipertensos ao tratamento. Esperando-se com o desenvolvimento deste trabalho uma diminuição considerável do número de pacientes portadores da HAS na população da ESF-JK e uma melhor adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento tanto não farmacológico como farmacológico. Melhorando desta forma a qualidade de vida da população e oferecendo mais saúde.

A partir do desenvolvimento do Diagnóstico Situacional e trabalho em equipe, foi possível adquirir maior conhecimento sobre o processo de trabalho, HAS e técnicas de intervenção educativa. Mostrando grande interesse por parte dos membros da equipe e pela população adstrita.

É importante a abordagem preventiva com a população e especificamente com os pacientes portadores de fatores considerados de risco para o surgimento e desenvolvimento da doença, para diminuir a prevalência da mesma. Assim como o trabalho educacional com os pacientes hipertensos, favorecendo a boa adesão a terapêutica para manter um adequado controle da HAS e evitar complicações que acarream aumento da morbidade e mortalidade.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. B. *et al.* Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária a saúde. **Rev APS**. v. 14, n.3, p. 319-326, jul/set. 2011.

ARAÚJO, C.G.S. Fisiologia do exercício físico e hipertensão arterial. Uma breve introdução. **Revista Hipertensão**, v.4, 2001. Disponível em: URL: [www.arquivosonline.com.br](http://www.arquivosonline.com.br) Acessado em 11 de setembro de 2015.

BARBOSA, L. S; SCALA, L. C. N; FERREIRA, M. G. Associação entre marcadores antropométricos de adiposidade corporal e hipertensão arterial na população adulta de Cuiabá, Mato Grosso. **Rev Bras Epidemiol**, v.12, p.47-237, 2009.

BARBOSA, J. B. *et al.* Prevalência de Hipertensão Arterial e Fatores Associados em São Luís – MA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v.91, n.4, p.260-266, 2008.

BARRETO M.L; CARMO E.H. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: Lessa I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**. São Paulo, 1998.15-27p.

BARROS, M. B. A. *et al.* Tendências das desigualdades sócias e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.16, n.9, p.3755-3768, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**; VIGITEL. Ministério da Saúde. Brasília 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sociedade Brasileira de Hipertensão. XXI Congresso Brasileiro de Hipertensão 2013. Hipertensão Arterial o desafio da adesão ao tratamento. **Revista Brasileira de Hipertensão**. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. Brasília, 2011. Disponível: [https://189.28.128.100/dab/docs/geral/plano\\_acao\\_dcnt\\_julho.pdf](https://189.28.128.100/dab/docs/geral/plano_acao_dcnt_julho.pdf). Acesso: 11 de Dezembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de atenção básica; 16**. Brasília 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**; VIGITEL. Ministério da Saúde. Brasília 2010.

CAETANO J. A. *et al.* Atuação dos pais na prevenção de hipertensão arterial uma tecnologia educativa em saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 11, p.4385-4394, 2011.

CAMPOS, F.C. C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. 2ed. Belo Horizonte. 2010.

CHRESTANI, M. A. D. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica autorreferida: validação diagnóstica em estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**. v. 25, n.11, p.2395-2406, 2010.

CIPULLO, J. P. *et al.* Prevalência de Fatores de Risco para Hipertensão em uma população Urbana Brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.32, n.3, 2010.

COLTRO, R.S. *et al.* Frequência de fatores de risco cardiovascular em voluntários participantes de evento de educação em saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.55, n.5, p.606-10, 2010. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n5/28.pdf> Acesso: 11 de Setembro de 2015.

CORGOSINHO, R. C. Prefeitura Municipal de Bom Despacho – MG (Administração 2013/2016) Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão. **Estudo Socioeconômico de Bom Despacho – MG**, Bom Despacho, p.1-58, set. 2013.

COSTA, J.S.D. *et al.* Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.88, n.1, p.59-65, 2012. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2007000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2007000100010&script=sci_arttext) Acesso: 11 de Setembro de 2015.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - DHHS. Center for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. **Health United States**, 2011: With special feature on socioeconomic status and health. Hyattsville: MD, 2012.

FALKNER, B. *et al.* High blood pressure in children: clinical and health policy implications. **J Clin Hypertens** (Greenwich),v.45. p. 76-201, 2010.

FARIAS, L. F. *et al.* Relação entre controle e tratamento medicamentoso de pacientes atendidos pelo programa de hipertensão arterial em uma unidade primária do Rio de Janeiro. **Revista APS**. v. 14,n.3, p. 447- 453, 2011.

FERREIRA, S. R. G. *et al.* Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**. v.43, n.2, p. 98-106, 2009.

FLYNN, J.T. *et al.* Obesity hypertension in adolescents: epidemiology, evaluation, and management. **J Clin Hypertens** (Greenwich), v.46,n.2, p. 31- 123, 2011.

FONSECA, F.C.A. *et al.* A Influencia de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.58, n.2, p.128-134, 2011. Disponível:

<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n2/v58n2a11.pdf> Acesso: 11 de Setembro de 2015.

FUCHS S.C. *et al.* Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise das evidências. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.3, n.7, p. 3-90, 2012.

GALVAGNI, E. D. *et al.* Estudo epidemiológico de hipertensão arterial sistêmica: uma revisão bibliográfica, **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.34,n.3,p.34-53, 2011.

GIROTTTO, E; ANDRADE, S.M; CABRERA, M.A.S. Prevalência de obesidade abdominal em hipertensos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.94, n.6, p.754-62, 2010. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2010000600008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2010000600008&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso: 11 de Setembro de 2015.

GOMES, T. J. O. *et al.* Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v. 17,n.2, p. 132- 139, 2010.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis**: estratégias de controle e desafios para o sistema de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p 96, 2011.

GUEDES, N. G; LOPES, M. V. O. Exercício físico em portadores de hipertensão arterial: uma análise conceitual. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre,v.32,n.3, p.43-65, 2010.

IGUCHI, N. Y. Adesão ao tratamento e controle da hipertensão arterial: considerações a partir de revisão bibliográfica. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**. Teófilo Otoni, 2013. Disponível: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/\\_Adesao\\_ao\\_tratamento\\_e\\_controle\\_da\\_hipertensao\\_arterial\\_\\_consideracoes\\_a\\_partir\\_de\\_revisao\\_bibliografica/290](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/_Adesao_ao_tratamento_e_controle_da_hipertensao_arterial__consideracoes_a_partir_de_revisao_bibliografica/290) Acesso: 10 de Dezembro de 2015.

LOPES F.A. M, OLIVEIRA F.A. **Fatores de risco para o desenvolvimento do pé diabético em sujeitos atendidos pelo programa saúde da família (PSF)**. Patge, v.9, n.15, p. 66-144, 2012.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, p.335-342, 2010.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* Tratamento não Medicamentoso e abordagem multiprofissional. **J, Bas. Nefrol**.São Paulo, v.32,n.2,p.45-67, 2010.

NASCENTE, F.M.N. *et al.* Hipertensão Arterial e sua Correlação com Alguns Fatores de Risco em Cidade Brasileira de Pequeno Porte. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.95, n.4, p. 502-9, 2010. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2010ahead/aop10910.pdf> Acesso: 12 de Setembro de 2015.



NOBRE, F. *et al.* VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.17, n.1,p. 47-52, 2010

OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Bioquímica da Hipertensão**. São Paulo,v.36,n.3,p.35-42, 2011.

OLIVEIRA, E.A.F. *et al.* Significado dos Grupos Educativos de Hipertensão Arterial na Perspectiva do Usuário de uma Unidade de Atenção Primária a Saúde. **Revista APS**. v. 14, p. 319- 326, 2011.

PASSOS V.M. A. *et al.* Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia em Serviços da Saúde**, v.15, p.35-45, 2012.

PIANCASTELLI, C. H.*et al.* Saúde do Adulto. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. 2.ed. Belo Horizonte. 2011.

PIERIN, A.M.G. *et al.* Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p.1389-1400, 2011.Disponível:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000700074&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000700074&script=sci_abstract&lng=pt) Acesso: 12 de Setembro de 2015.

PIMENTA, L. Q . Hipertensão arterial sistêmica: Uma proposta para melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento no município de Belo Oriente/MG. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**. Ipatinga, 2014. Disponível:  
[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/\\_Adesao\\_ao\\_tratamento\\_e\\_controle\\_da\\_hipertensao\\_arterial\\_\\_consideracoes\\_a\\_partir\\_de\\_revisao\\_bibliografica/290](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/_Adesao_ao_tratamento_e_controle_da_hipertensao_arterial__consideracoes_a_partir_de_revisao_bibliografica/290) Acesso: 11 de Dezembro de 2015.

PINTO, S.L. *et al.* Prevalence of pre-hypertension and arterial hypertension and evaluation of associated factors in children and adolescents in public schools in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cad Saude Pública**. v.42, n.3, p. 75- 165, 2011.

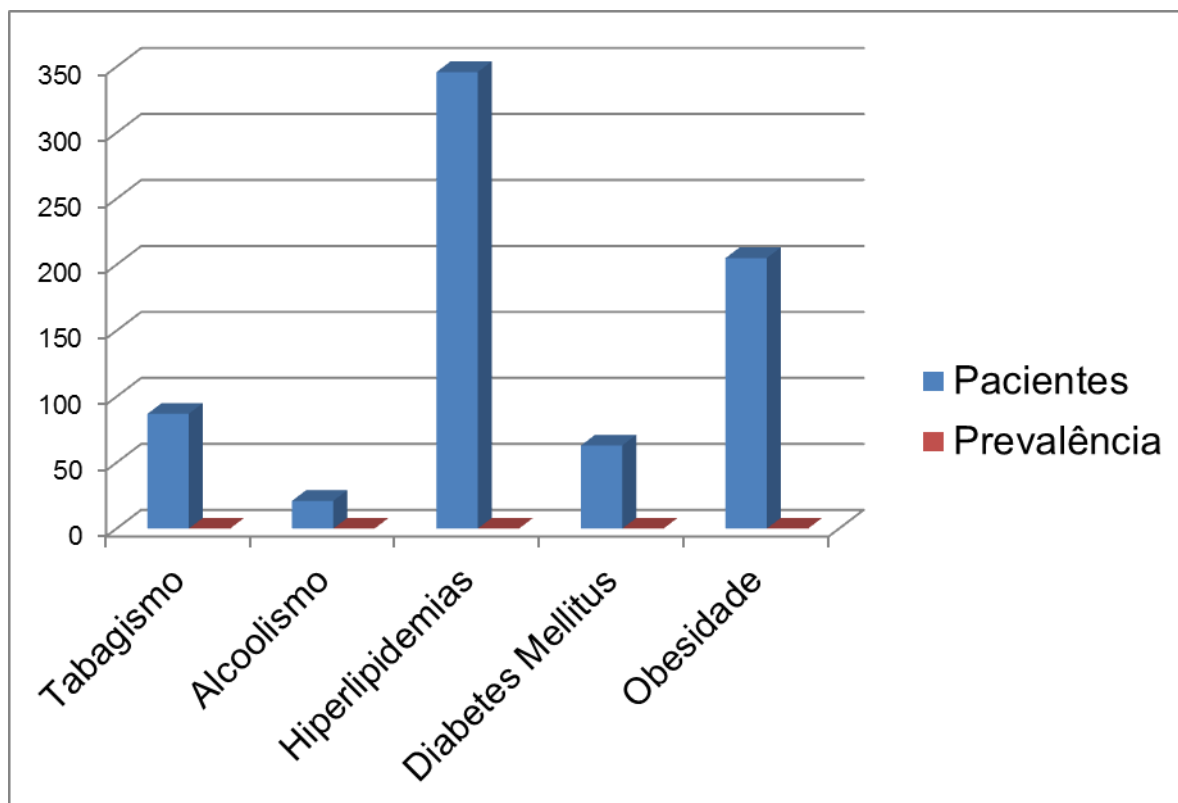
REINERS A.A.O. *et al.* Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciências Saúde Coletivas**, v. 13,n.3, p. 229-306, 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOM DESPACHO, SIAB. Março, 2014.

SOUZA, A. O . Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: avaliação dos estudos de base populacional. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**, Uberaba, 2012. Disponível:  
[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/\\_Adesao\\_ao\\_tratamento\\_e\\_controle\\_da\\_hipertensao\\_arterial\\_\\_consideracoes\\_a\\_partir\\_de\\_revisao\\_bibliografica/290](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/_Adesao_ao_tratamento_e_controle_da_hipertensao_arterial__consideracoes_a_partir_de_revisao_bibliografica/290) Acesso: 9 de Dezembro de 2015.

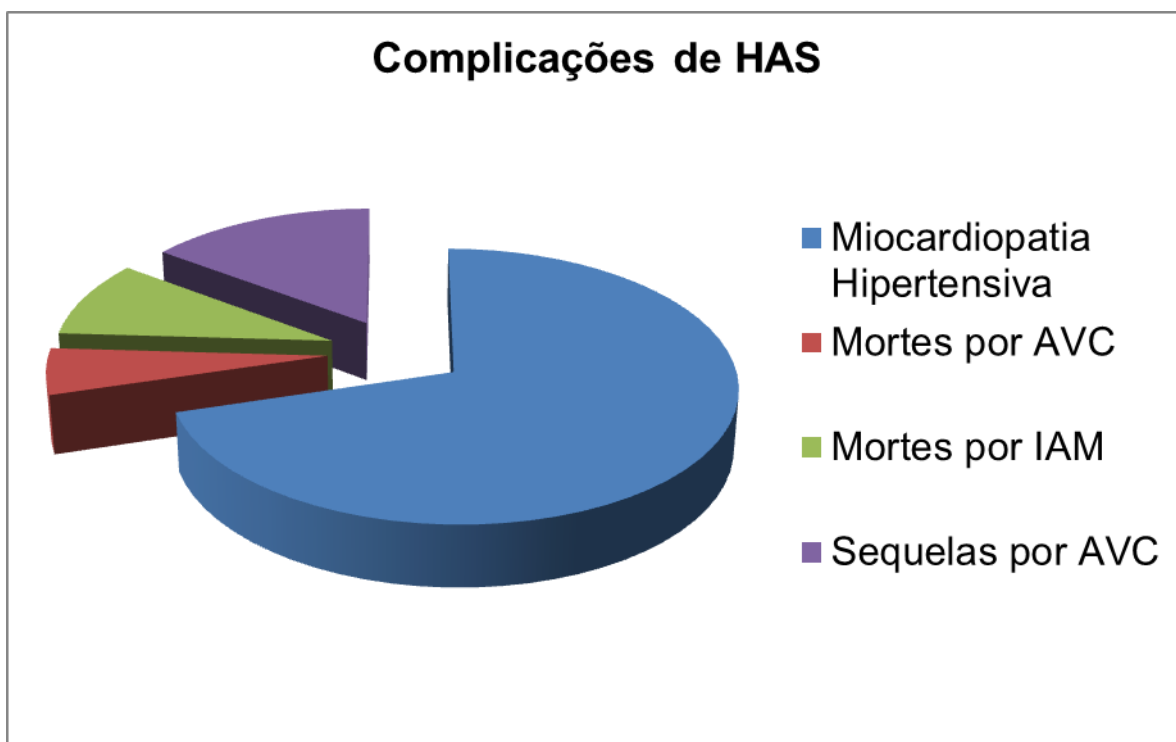
## APÊNDICE

Gráfico # 1: Fatores de risco associados ao desenvolvimento da Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da ESF- JK.



Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF-JK/2015.

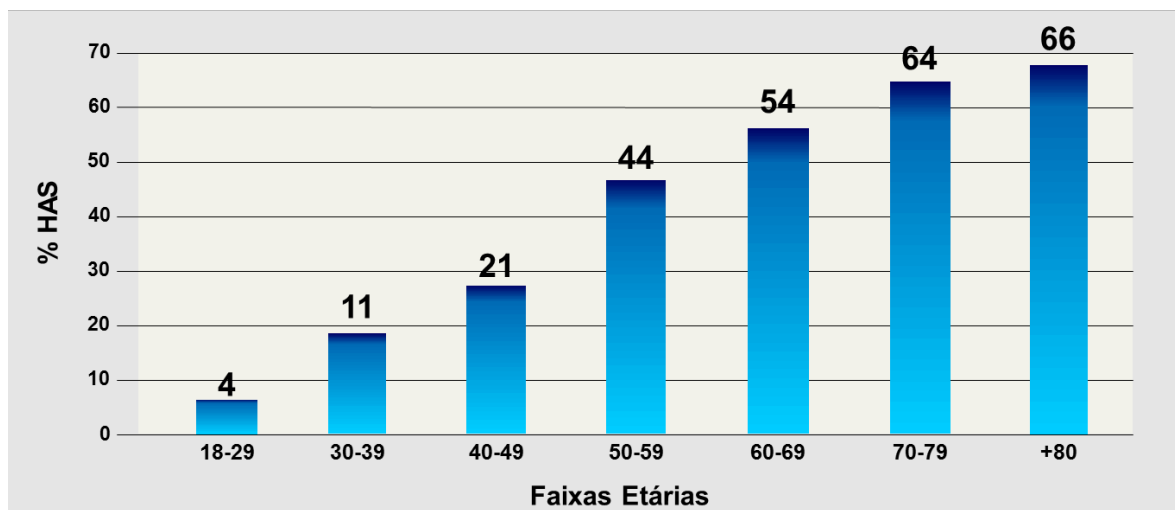
Gráfico # 2: Complicações associadas à Hipertensão Arterial na área de abrangência da ESF- JK.



Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF-JK/2015.

## ANEXO

Gráfico # 3: Prevalência de Hipertensão Arterial no Brasil 2014 por faixas etárias.



Fonte: VIGITEL 2014