

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ROTVANEL CARMONA MARTIN**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO MUNICÍPIO DE JEQUITAIÁ.**

**MONTES CLAROS, MINAS GERAIS**

**2016**

**ROTVANEL CARMONA MARTIN**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO MUNICÍPIO DE JEQUITAIÁ**

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

Orientadora: Professora Dra. Márcia dos Santos Pereira

**MONTES CLAROS, MINAS GERAIS**

**2016**

**ROTVANEL CARMONA MARTIN**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO MUNICÍPIO DE JEQUITÁI**

Banca examinadora

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Márcia dos Santos Pereira- orientadora

Prof.....

Aprovado em Belo Horizonte, .....2016

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial. É uma patologia que atinge cerca de 30% da população adulta, freqüentemente associada a alterações de órgãos alvo e ao aumento do risco de eventos cardiovasculares. Tais alterações relacionadas à Hipertensão arterial estão presentes na Equipe da Estratégia Saúde da Família de São Sebastião, do Município de Jequitaiá-MG, onde há altos índices de hipertensos sem controle pressórico evoluindo para complicações, sendo necessário construir uma estratégia de intervenção que permita prolongar a vida com qualidade da população adstrita pela ESF. O objetivo dessa pesquisa é melhorar o controle da PA da população hipertensa, criando grupos de hipertensos, realizando atividades integrais e participativas dos mesmos, identificando os fatores de risco modificáveis envolvidos na falta de controle da doença na área adscrita, incentivando a população a adotar estilos de vida saudáveis, individualizando os protocolos de tratamento da doença aumentando o grau de informação da população hipertensa sobre a doença. Espera-se com esse trabalho aumentar a adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial, através do controle da pressão arterial e atividade física, levando em conta o estilo de vida além de identificação de fatores de risco comportamentais à saúde dos hipertensos, gerando maior controle pressórico nos pacientes assistidos.

Descritores: Hipertensão; Estratégia Saúde da Família, Atenção à Saúde.

## **ABSTRACT**

The Hypertension is a multifactorial clinical condition, characterized by high levels of blood pressure. It is a condition that affects about 30% of the adult population, often associated with target organ changes and the increased risk of cardiovascular events. Such changes related to hypertension are present in the Team Health Strategy San Sebastian Family, the Municipality of Jequitaiá-MG, where there are high hypertension rates without pressure control evolved into complications, being necessary to build an intervention strategy to extend life quality of the enrolled population by ESF. The objective of this research is to improve BP control of hypertensive population, creating hypertensive groups, carrying out comprehensive and participatory activities thereof, identifying modifiable risk factors involved in the lack of disease control in the enrolled area, encouraging people to adopt styles healthy living, individualizing disease treatment protocols increasing the degree of information of the hypertensive population about the disease. It is hoped that this work increase adherence to treatment of patients with high blood pressure by controlling blood pressure and physical activity, taking into account the lifestyle as well as identifying risk factors behavioral health of hypertensive, generating greater control pressure in assisted patients.

Keywords: Hypertension; Health Strategy, Health Care.

## SUMÁRIO

|                            |    |
|----------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO              | 3  |
| 2. JUSTIFICATIVA           | 5  |
| 3. OBJETIVOS               | 6  |
| 4. METODOLOGIA             | 7  |
| 5. REVISÃO DA LITERATURA   | 9  |
| 6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO | 12 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS    | 18 |
| REFERENCIAS                | 19 |

## 1. INTRODUÇÃO

A HAS é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial (PA), freqüentemente associada a alterações de órgãos alvo e, por conseguinte, ao aumento do risco de eventos cardiovasculares. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras apontaram prevalência de HAS em indivíduos com 18-59 anos de idade, entre 20% a 30%, percentual que atinge 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com idade acima de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em Minas Gerais, a Secretaria Estadual de Saúde (SES/MG) estima prevalência da HAS na ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos (MINAS GERAIS, 2006).

Existem fatores não modificáveis associados à hipertensão arterial, como os genéticos para a gênese da HAS que está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que possam ser utilizadas para prever o risco individual de se desenvolver HAS.

Com a idade, a prevalência de HAS aumenta linearmente com o envelhecimento, atingindo o percentual superior a 60% em indivíduos acima de 60 anos. Quanto ao gênero e a etnia, os indivíduos do sexo masculino apresentam maior prevalência de HAS do que as mulheres até os 50 anos de idade. A partir dessa faixa etária, as mulheres apresentam significativo incremento na prevalência de HAS. Em relação a cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca, especialmente nas mulheres.

Entre os fatores modificáveis, encontram-se o sobrepeso e a obesidade, que se associam com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Nos EUA, a obesidade contribui em até 75% para os casos de HAS. O Controle da pressão arterial é crítico para a prevenção de lesão a órgãos induzida pela hipertensão, mas a natureza assintomática dessa doença faz com que ela seja subdiagnosticada e, conseqüentemente, sub-tratada, a pesar de sua alta prevalência (CIPULLO, *et. al.*, 2009).

A associação no mesmo paciente de HAS e Diabetes *Mellitus* incrementam o risco cardiovascular do paciente e compromete mais seriamente sua longa sobrevivência a menos que se logre o controle das mesmas de forma eficiente. Estima-

se que um percentual de 20% da população adulta maior que 20 anos têm hipertensão arterial e um percentual de 7,6% da população entre 30 a 69 anos está com *Diabetes Mellitus* (BRASIL, 2001).

Com o desenvolvimento e aperfeiçoamento da Rede de Atenção Básica de Saúde, estratégia implementada no Brasil há anos, estima-se que entre 60-85% da população geral e 60-80% dos diabéticos e hipertensos são atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.9) [...] “com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mm Hg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido”.

O objetivo da Estratégia da Saúde da Família é promover ações destinadas ao indivíduo, à comunidade e ao meio-ambiente onde a aplicação da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação tornam-se realidade. Assim, os profissionais estabelecem um alto grau de relacionamento com a comunidade conseguindo o acompanhamento, reduzindo a progressão da HSA e diminuindo o número de acidente vascular encefálico, a ocorrência de insuficiência cardíaca congestiva, doença renal e doença arterial coronária (MANO; PIERIN, 2005).

Observa-se na Estratégia Saúde da Família de São Sebastião, do Município de Jequitaiá-MG, uma alta prevalência de hipertensos descontrolados evoluindo para complicações da doença, com perda muito significativa da qualidade de vida. Muitos fatores estão envolvidos precisando- se agir sobre eles objetivamente.

## 2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão Arterial é a mais comum das doenças crônicas no mundo inteiro, com prevalências muito altas e grande risco para a saúde, apresentando complicações como a cardiopatia isquêmica, os acidentes vasculares encefálicos (AVC), a insuficiência cardíaca, a insuficiência renal crônica, os aneurismas e até a pouco conhecida insuficiência arterial crônica. Todas essas patologias afetam a qualidade de vida dos hipertensos ou adiantam o caminho a morte.

Os problemas mencionados em relação à hipertensão arterial estão representados em grande número na nossa comunidade, com altos índices de hipertensos descontrolados evoluindo para complicações já citadas. Portanto, é necessário construir uma estratégia que permita prolongar a vida com qualidade para a nossa população e promover ações no sentido de prevenir e controlar as doenças que se apresentarem.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Elaborar uma proposta de intervenção para a Equipe da Estratégia Saúde da Família de São Sebastião, do Município de Jequitaiá-MG visando melhorar o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica da população adulta hipertensa.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Identificar os fatores de risco modificáveis envolvidos na falta de controle da hipertensão arterial.
- Aumentar o grau de informação sobre a doença para a população hipertensa e para a população em geral.
- Incentivar a população a adotar estilos de vida mais saudáveis.
- Individualizar os protocolos médicos de tratamento da hipertensão arterial segundo a experiência e o conhecimento atual da patologia no Brasil.

#### 4. METODOLOGIA

O presente estudo se desenvolveu na Unidade de Saúde da Família São Sebastião, do Município de Jequitaiá, no período de agosto a dezembro de 2014. Para alcançar os objetivos propostos, procedeu-se uma pesquisa bibliográfica online através do acesso a Biblioteca Virtual Em Saúde (BVS) e através das bases de dados LILACS e SciELO de onde se conseguiu abundante informação sobre os fatores de risco da hipertensão arterial, propostas de modificação dos mesmos e protocolos individuais de tratamento atualizados.

Os artigos publicados no Brasil em língua oficial portuguesa período 2004-2014, foram os aceitos com a condicionante de estarem na referida língua, e referiram-se aos descritores hipertensão arterial, risco cardiovascular aumentado, fatores de risco para hipertensão e tratamento da hipertensão.

Os trabalhos serão desenvolvidos a partir de conhecimentos avaliados sobre hipertensão arterial obtidos das citadas fontes e organizados de acordo com as condições próprias da Estratégia de Saúde da Família São Sebastião, do Município de Jequitaiá. A população alvo das ações será a população hipertensa. As ações serão avaliadas antes e depois das intervenções, visando o aumento das informações sobre a hipertensão, a qualidade de vida e o aumento do controle dos hipertensos já conhecidos.

A problemática da hipertensão no Brasil hoje é muito séria, com prevalência aproximada de 20% da população adulta e entre um 50-60% da população com 60 anos e mais, hoje apenas 50% dos hipertensos tem diagnóstico, e destes, só a metade recebe tratamento e apenas um 25% tem sua PA adequadamente controlada. Além disso, os dados da literatura indicam que 25% dos pacientes com HAS não aderem ao tratamento (GIROTTI et al.,2013).

As mudanças no estilo de vida constituem ponto fundamental no tratamento dos pacientes com HAS, que muitas vezes ignoram essas recomendações, deixando todo o peso do tratamento nas medidas farmacológicas, o que geralmente resulta na falta de controle da doença.

Em 2013 a Secretaria de Estado de Saúde Minas Gerais considerou importantes as seguintes medidas de controle e de redução da Pressão Arterial (PA):

- Perdas de peso e da medida da circunferência abdominal correlacionam-se com reduções da PA e melhora de alterações metabólicas associadas. O êxito depende de mudança comportamental e da reeducação alimentar: dieta rica em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixos teores de gordura.
- Ingestão de sal: a redução do consumo de sal de adição ou em alimentos industrializados deve ser encorajada. Dieta hipossódica proporciona rápida e importante redução da PA.
- Álcool: um alto consumo de etanol eleva a PA e está associada a maiores morbimortalidade cardiovasculares. Devem-se orientar aqueles que têm o hábito de ingerir bebidas alcoólicas a não ultrapassarem 30 g de etanol ao dia, para homens; sendo a metade dessa quantidade aceita para as mulheres.
- Atividade física: é recomendada a estimulação à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por pelo menos 30 minutos por dia, cinco vezes/semana para prevenção, e diariamente para o tratamento da HAS.
- Tabagismo: a cessação do tabagismo está relacionada à prevenção de doenças cardiovasculares, porém até o presente momento não há evidências que essa medida cause diminuição da PA; mas é bem conhecido que influi na mortalidade cardiovascular, sobretudo por cardiopatia isquêmica, efeito bem demonstrado dos danos do tabagismo.

O tratamento farmacológico da PA tem como princípio além da redução dos níveis tensionais, a redução dos eventos cardiovasculares e conseqüentemente a mortalidade. Para tanto são utilizados várias classes de medicamentos isoladamente ou em associações. A sua escolha deve levar em conta a eficácia, o número de tomadas diárias e ocorrência de possíveis efeitos colaterais. As principais classes utilizadas são os diuréticos, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II e betabloqueadores (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

## 5. REVISÃO DE LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica é definida como uma morbidade quando a pressão arterial (PA) atinge níveis a partir de 140/90mmhg. As complicações cardiovasculares decorrentes a ela são as principais causas de morte no Brasil. É o mais fácil e corrigível fator de risco identificado para a diminuição da doença arterial coronariana (DAC), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP), nefropatia hipertensiva, retinopatia hipertensiva, acidente vascular encefálico (AVE) entre outras doenças (GOLDMAN, 2012).

A problemática da hipertensão no Brasil hoje é um problema muito sério quando se fala de uma prevalência aproximada dos 20% e entre 50-60% da população com 60 anos, e mais, hoje apenas um 50% dos hipertensos esperados têm diagnóstico, destes só a metade recebe tratamento e apenas 25% têm sua PA (pressão arterial) adequadamente controlada. Além disso, os dados da literatura indicam que 25% dos pacientes com HAS não aderem ao tratamento (GIROTTI et al, 2013).

Quando o paciente inicia com a doença e quando se carecem de dados recentes do comportamento da mesma, deve-se obter uma história clínica completa com especial atenção ao tempo de diagnóstico, tratamentos prévios da HAS, outros fatores de risco cardiovasculares presentes no paciente, lesões em órgãos alvo, indícios de HAS secundária, se for possível fundo do olho na consulta de avaliação e anualmente no acompanhamento, o exame clínico dos pulsos, IMC, e a avaliação com exames complementares dependerá de cada paciente em particular, e o médico só solicitará aqueles que fossem necessários avaliando a patologia, comorbidades e possíveis complicações e o risco cardiovascular do paciente. Essa avaliação que contempla o risco cardiovascular é de suma importância para a redução de eventos cardiovasculares, prevenção e detecção precoce de lesões de órgãos-alvo (LOPES, 2009).

De acordo com Goldman & Schafer (2012), em 90 a 95% dos pacientes não são identificados uma única causa reversível de aumento da pressão sanguínea, mas na maioria podem ser identificados comportamentos de risco (alta ingestão

calórica e de sal, tabagismo, etilismo e sedentarismo), que contribuem para a ocorrência da doença.

As mudanças no estilo de vida constituem ponto fundamental no tratamento dos pacientes com HAS, que muitas vezes ignoram essas recomendações, deixando todo o peso do tratamento nas medidas farmacológicas, o que geralmente resulta na falta de controle da doença.

Segundo a Secretaria de Estado de Saúde (2013), algumas medidas de controle e de redução da Pressão Arterial considerada importantes são:

- Perdas de peso e da medida da circunferência abdominal correlacionam-se com reduções da PA e melhora de alterações metabólicas associadas. O êxito depende de mudança comportamental e da reeducação alimentar, dieta rica em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixos teores de gordura.

- Redução do consumo de sal de adição ou em alimentos industrializados. Dieta hipossódica proporciona rápida e importante redução da PA.

- Álcool: um alto consumo de etanol eleva a PA e está associada a maiores morbimortalidade cardiovasculares. Devem-se orientar aqueles que têm o hábito de ingerir bebidas alcoólicas a não ultrapassarem 30 g de etanol ao dia, para homens; sendo a metade dessa quantidade aceita para as mulheres.

- Atividade física: é recomendada a estimulação à prática regular de atividade física aeróbica como caminhada por pelo menos 30 minutos por dia, cinco vezes/semana para prevenção, e diariamente para o tratamento da HAS.

- Tabagismo: a cessação do tabagismo está relacionada à prevenção de doenças cardiovasculares, porém até o presente momento não há evidências que essa medida cause diminuição da PA, porém é bem conhecido que influi na mortalidade cardiovascular, sobretudo por cardiopatia isquêmica, efeito bem demonstrado dos danos do tabagismo.

O tratamento farmacológico da PA tem como princípio além da redução dos níveis tensionais, a redução dos eventos cardiovasculares e conseqüentemente a mortalidade. Para tanto são utilizadas várias classes de medicamentos isoladamente ou em associações. A sua escolha deve levar em conta a eficácia, o número de tomadas diárias e ocorrência de possíveis efeitos colaterais. As principais classes

utilizadas são os diuréticos, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II e betabloqueadores (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Com a maioria da população brasileira dependente do Sistema Único de Saúde (SUS), é importante que os profissionais da área estejam sempre atentos ao tema, esclarecendo a população sobre os comportamentos de risco modificáveis e a detecção precoce da doença com a finalidade de conseguir além do diagnóstico cedo, as mudanças necessárias no estilo de vida e no próprio enfrentamento da mesma para evitar a progressão as complicações.

Na literatura nacional e internacional na mudança nos estilos de vida pouco saudáveis por estilos mais saudáveis, o aumento dos conhecimentos sobre a doença e o tratamento individualizado de acordo com a condição física de cada paciente são os elementos primordiais para evitar a progressão da doença a suas complicações.

## 6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A elaboração do Plano de ação baseou-se no Planejamento Estratégico Situacional, conforme afirmado anteriormente.

### 6.1 Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Os problemas aqui referidos são um mix dos procedimentos para a obtenção de dados que o método da Estimativa Rápida utiliza. Em seguida, revisou-se os registros de dados do SIAB, os consumos de remédios segundo a farmácia, à observação ativa da Equipe e as informações coletadas pela Equipe com informantes-chaves da comunidade.

Principais problemas encontrados pela ESF de São Sebastião, do Município de Jequitaiá em Setembro de 2014:

- Alto número de hipertensos com Pressão Arterial não controlada.
- Alto número de pacientes consumindo benzodiazepínicos.
- Alto número de diabéticos não controlados.
- Muita demora no atendimento secundário, nos exames de moderada e alta complexidade e nas consultas especializadas

### 6.2 Segundo Passo: Priorização dos problemas

Após a discussão com a Equipe, selecionamos a prioridade para os problemas

Quadro 1 : Priorização dos problemas da área de abrangência

| <b>Problema</b>  | <b>Importância</b> | <b>Urgência<br/>Pontuação<br/>0-7</b> | <b>Capacidade de<br/>Enfrentamento</b> | <b>Seleção</b> |
|--|--------------------|---------------------------------------|--|----------------|
| Alto número de Hipertensos com Pressão Arterial não controlada.  | Alta               | 7                                     | Parcial                                | 1              |
| Alto número de pacientes consumindo benzodiazepínicos.   | Alta               | 5                                     | Parcial                                | 2              |
| Alto número de Diabéticos não controlados.   | Alta               | 5                                     | Parcial                                | 3              |
| Muita demora no atendimento secundário, nos exames de moderada e alta complexidade e nas consultas especializadas. | Alta               | 5                                     | Parcial                                | 4              |

### 6.3 Terceiro Passo: Descrição do problema

O alto número de pacientes hipertensos com pressão arterial não controlada é um problema importante na nossa comunidade, pois aumenta a incidência de doenças do aparelho cardiovascular e AVC e piora a qualidade de vida.

As questões que levantamos mais relevantes para justificar esse desajuste é o fato de dentre (639) hipertensos cadastrados e acompanhados, (223) são idosos, desses (62) não são alfabetizados, (45) moram sozinhos, dificultando assim a adesão ao tratamento (51), pois estes apresentam dificuldade para memorizar os horários ou até mesmo lembrarem-se dos remédios não controlados (51). Na reunião com a Equipe, as seguintes causas foram consideradas como favorecedores do problema:

- Falha da Prevenção Primária da Hipertensão Arterial.

- Pouca ou nenhuma adesão ao tratamento. Os pacientes não fazem o tratamento com medo de efeitos colaterais vistos em familiares, amigos e vizinhos., Além disso, existe a dificuldade para obter a medicação,o uso de bebidas,o uso de drogas não legais, uso de medicamentos antiinflamatórios e outros remédios para combater a dor.

- Hábitos e estilos de vida inadequados como tabagismo, etilismo, outras drogas legais, drogas ilegais, alimentação inadequada, sedentarismo.

- Presença de outras doenças como a obesidade e a diabetes.

- Baixo nível de informação sobre a doença, tais como, diagnóstico, tratamento, complicações, forma de controle, concomitância com outras afecções.

- Dificuldade para acessar a medicação.

- Baixa renda.

### 6.4 Quarto Passo: Explicação do problema

Causas da não adesão ao tratamento:

- Não entendimento da orientação/prescrição devido, em parte, a orientação/prescrições ruins, receitas com letra ilegíveis, dificuldades de leitura por parte do paciente e/ou do cuidador (baixa escolaridade/analfabetismo).

- Dificuldade de seguimento da orientação, devido à falta de condições materiais para o seguimento das orientações/prescrições (recursos para compra de medicamentos não disponibilizados do centro de saúde); orientação fora do contexto do paciente (dietas com alimentos fora do padrão alimentar da comunidade) e ausência de cuidador.

Conseqüências da não adesão:

Dificuldade de controle dos níveis pressóricos → risco cardiovascular aumentado → aumento das complicações da hipertensão (AVC, IAM) → aumento de internações, invalidez e óbitos e aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

#### 6.5 Quinto Passo: Identificação dos “nós críticos”

- Hábitos e estilos de vida inadequados como tabagismo, etilismo, outras drogas legais, drogas ilegais, alimentação inadequada e sedentarismo.
- Baixo nível de Informação sobre a doença, seu diagnóstico, tratamento, complicações, forma de controle, concomitância com outras afecções.
- Incongruência nos protocolos de tratamento transcritos pelos médicos.

#### 6.6 Sexto Passo: Desenho de Operações

##### **Produto Esperado:**

##### **Prazo:**

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| 1-Programa de caminhada, orientada segundo condição física. | 1-Início em 2 meses.  |
| 2-Criação de grupo operativo de tabagismo.                  | 2-Criação em 3 meses. |
| 3-Criação de grupo anti-etilismo                            | 3-Criação em 3 meses. |
| 4-Oficinas sobre uso racional de medicamentos.              | 4-Uma por mês.        |
| 5-oficinas sobre drogas, prevenção e enfrentamento          | 5-Uma por mês         |

(Escolas, lugares públicos da comunidade)

6-oficinas sobre alimentação saudável e atividade física efetiva. 6-uma por mês.

física efetiva.

Resultados Esperados:

- Aumento de conhecimento da comunidade sobre saúde e a responsabilidade individual de cada com a mesma, redução do número de etilistas, tabagistas, consumidores de drogas legais e ilegais, diminuição do sedentarismo.

6. 7 Sétimo Passo: Identificação dos Recursos Críticos

Recursos Necessários:

Organizacional (para organizar todo tipo das atividades propostas)

Cognitivo (conhecimento sobre os temas a desenvolver).

Financeiro (para a aquisição e preparação do material educativo).

Político (mobilização social e aproveitamento dos recursos da comunidade, parceria com setores da educação e instituições governamentais e não governamentais da comunidade).

Recursos Críticos:

Financeiro (preparação do material para todos os participantes nas atividades com informações que potenciem o desenvolvimento e aproveitamento das mesmas).

Político (parcerias com setores da educação e instituições governamentais e não governamentais da comunidade)

Responsáveis: enfermeira, 2 ACS e o médico.

Fonte: ESF São Sebastião.

Ação sobre nó crítico:

-Baixo nível de Informação sobre a doença, seu diagnóstico, tratamento, complicações, forma de controle, concomitância com outras afecções.

Operação: Aprender para cuidar e auto-cuidar-se.

Objetivo: Aumentar o nível de informações da comunidade sobre hipertensão arterial e aumentar conhecimentos da comunidade hipertensão sobre a doença.

#### 6.8 Oitavo Passo: Análise da Viabilidade

Serão necessários recursos humanos, sendo que a Equipe da Estratégia Saúde da Família de São Sebastião, do Município de Jequitaiá-MG conta com dois médicos, uma enfermeira, uma dentista, um auxiliar de consultório odontológico, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, todos esses profissionais serão envolvidos no projeto. Serão utilizados também recursos materiais tais como: esfigmomanômetros, estetoscópios, canetas, resmas de papel, pincel, cartilhas de saúde, folders, notebook, retroprojektor, cartazes, pastas e outros materiais de escritório. Serão oferecidos nos encontros lanches para os participantes, incentivando a alimentação saudável.

#### 6.9 Nono Passo: Plano Operativo

Apresentar um projeto aos atores sociais sobre aumento de informações a comunidade sobre Hipertensão.

Responsáveis: Enfermeira, Médico e dos ACS.

Fonte: ESF São Sebastião

Ações sobre os pontos Críticos

-Incongruência nos protocolos de tratamento pelo o pessoal médico

Operação: Controle farmacológico da Hipertensão.

Objetivo: Uso racional da medicação anti-hipertensiva.

Resultado esperado: Aumentar em 75% o número de hipertensos controlados.

Recursos necessários

Organizacional: reavaliar a comunidade hipertensa de 6 em 6 meses e acompanhar seus valores de PA. Ação de toda a equipe.

Financeiro: Compra de produtos e medicamentos para materializar o projeto de prescrição mais acertada.

Político: Vontade política para obter recursos para a comunidade hipertensa.

Recursos Críticos:

Financeiro: adquirir medicamentos e recursos necessários.

Ações estratégicas:

Apresentar projeto aos atores sociais: Aplicação dos protocolos estabelecidos para o tratamento da Hipertensão.

Responsáveis: Médico, mas com a cooperação de toda a Equipe.

Fonte: ESF São Sebastião

### **Parcerias Estabelecidas**

Serão firmadas parcerias com a Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Educação, igrejas, associação de moradores e grupos religiosos.

### **Recursos Necessários**

Serão necessários recursos humanos, sendo que a Equipe da Estratégia Saúde da Família de São Sebastião, do Município de Jequitaiá-MG conta com dois médicos, uma enfermeira, uma dentista, um auxiliar de consultório odontológico, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, todos esses profissionais serão envolvidos no projeto. Serão utilizados também recursos materiais tais como: esfigmomanômetros, estetoscópios, canetas, resmas de papel, pincel, cartilhas de saúde, folders, notebook, retroprojeter, cartazes, pastas e outros materiais de escritório. Serão oferecidos nos encontros lanches para os participantes, incentivando a alimentação saudável.

### **Resultados esperados**

Maior conhecimento dos fatores de risco modificáveis da população assistida pela Equipe da Estratégia Saúde da Família de São Sebastião, do Município de Jequitaiá-MG, modificando estilo de vida. Implantação e utilização regular de protocolos médicos de tratamento da HAS, porém de forma individualizada, população hipertensa com mais conhecimentos sobre a doença e interagindo com ela, com conhecimentos sobre tratamento farmacológico e não farmacológico, dosagem de medicação, danos à saúde pelos valores elevados de pressão arterial, conseqüências do uso de algumas drogas legais e ilegais. Melhorar a adesão ao tratamento visando ao controle da doença e se evitar complicações.

### **Avaliação**

A avaliação será realizada através dos índices de saúde e informações colhidas pela equipe de saúde. Os prontuários serão de extrema importância nessa fase, possibilitando a análise posterior de informações da população envolvida no projeto.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial é um grave problema de saúde pública, isso se deve à elevada prevalência e também a grande parcela de indivíduos hipertensos não diagnosticados e tratados inadequadamente, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento. Por ser uma causa relevante de mortalidade, a hipertensão arterial vem exigindo de todos os profissionais na área de saúde a identificação dos fatores de risco modificáveis para minimizar a incidência do problema.

Considera-se de grande importância o incentivo à população para adoção de métodos de estilo de vida mais saudáveis. A hipertensão arterial tem sido reconhecida como o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, proporcionando o aparecimento de doenças associadas. Vale ressaltar que a não adesão do paciente ao tratamento tem constituído um grande desafio para os profissionais de saúde envolvidos. A implantação de protocolos de tratamento torna-se uma ferramenta de grande valia para a equipe multidisciplinar, visando sempre à individualidade do paciente.

Enfim, todas as informações contidas nesse estudo demonstram a necessidade de ações mais efetivas nas atividades educativas, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção da doença. Espera-se que essa intervenção traga melhoria de qualidade de vida para os portadores de HAS da Estratégia Saúde da Família de São Sebastião, do Município de Jequiá-MG

## REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da saúde. Hipertensão arterial sistêmica. 1 Ed. Brasília, 2006.
- CARVALHO, M, V.; et al.A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. Sociedade Brasileira de Cardiologia, São Paulo, V. 100, n. 2, p. 164-174. 2013.
- CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações.Revista Escola Enfermagem USP, v.34, n.2, p.145–153, 2000.
- CIPULLO, J.P.et al.Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira.Arq. Bras. Cardiol.São Paulo, v. 94,n. 4,Abr.2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Brasília. 2001.
- DOURADO, C. S.; COSTA, K, N. F, M.; OLIVEIRA, J. S.; LEADEBAL, O. D, C, P.; SILVA JUNIOR, G. R. F. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma Unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba.Acta Scientiarum Health Sciences. Maringá, v. 33, n. 1, p. 9-17, 2011.
- GIROTTTO,E.et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro.v.18,n.6,jun 2013.Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000600008&ing=en&nrm=ISO](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600008&ing=en&nrm=ISO)>.Acesso em 03 sep.2014.
- NAVES, J. O. S. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília. Brasília, 2002.Disponível em: <<http://www.unb.br/fs/far/latosensu/asstfarm/projetos/egpas4.pdf>>.Acesso em: 12 jan. 2014.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia Rio de Janeiro, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento.Disponível em:<[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_ERRATA.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_ERRATA.pdf)>. Acesso em: 28 ago 2014.