

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

GUSTAVO LUIS MENDES BARBOSA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR OS NÍVEIS DE
CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DOS PACIENTES
ASSISTIDOS PELO ESF VANGUARDIA II EM RUBELITA-MG.**

MONTES CLAROS-MG

2015

GUSTAVO LUIS MENDES BARBOSA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR OS NÍVEIS DE
CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DOS PACIENTES
ASSISTIDOS PELO ESF VANGUARDIA II EM RUBELITA-MG.**

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

Orientador: Prof. Me. Ricardo Luiz Silva Tenório

MONTES CLAROS-MG

2015

GUSTAVO LUIS MENDES BARBOSA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR OS NÍVEIS DE
CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DOS PACIENTES
ASSISTIDOS PELO ESF VANGUARDIA II EM RUBELITA-MG.**

Banca examinadora

Prof. Ms Ricardo Luiz Silva Tenório - orientador

.....

Aprovado em Belo Horizonte,

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar agradeço a DEUS por todo o amparo a mim concedido.

Aos meus pais, por toda a dedicação e por terem me ensinado todos os valores éticos e morais que conheço.

Aos meus irmãos, que são meus amores incondicionais.

À minha afilhada, Luísa, por ser um presente enviado por DEUS nas nossas vidas.

À minha amada noiva, por ter me acompanhado em todos os momentos, minha maior incentivadora.

Muito obrigado nunca será suficiente para demonstrar a grandeza que recebi de todos que me apoiaram.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho á toda equipe do ESF Vanguardia II. A todos os colegas e professores que, sem medir esforços, contribuíram para concretização de mais um sonho. Dedico também em especial ao tutor, Ricardo, e toda a coordenação do curso.

“Dificuldades preparam pessoal comuns para
destinos extraordinários”

C.S. Lewis

RESUMO

O aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no perfil de morbimortalidade da população é marcante, constituindo-se em problemas de saúde pública, pois são responsáveis por 59% das mortes conhecidas em nível mundial. Dentre esse grupo de doenças, estão as cardiovasculares (DCV), o diabetes mellitus, hipertensão arterial e algumas neoplasias. Na cidade de Rubelita em Minas Gerais, o ESF Vanguardia II, que apresenta uma população de 2853 pessoas, das quais grande parte são hipertensas. Sabendo que a HAS é uma patologia que apresenta fator de risco para várias outras de gravidades variadas, e tendo por objetivo principal a melhora dos níveis de controle da hipertensão arterial nos pacientes assistidos nessa unidade, este trabalho consiste em um projeto de intervenção através de ações simples e eficaz que visam modificar os nós críticos presentes. Pode-se concluir que os objetivos têm sido alcançados com ações como aumento do número de consultas para hipertensos, conscientização do hipertenso de sua real situação, mobilização da população alvo á prática conjunta de exercícios, reuniões esclarecedoras mensais, entre outras ações. Espera-se que os resultados colhidos mostrem que, apesar do pouco tempo de aplicação, conseguir-se-á colher frutos positivos, inclusive com redução do risco cardiovascular de alguns pacientes.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica; Atenção Primária à Saúde, Adesão à Medicação

ABSTRACT

The rise of chronic noncommunicable diseases (NCDs) in the population's mortality profile is striking, constituting a public health problem, as they are responsible for 59% of deaths known worldwide. Among this group of diseases are cardiovascular (CVD), diabetes mellitus, hypertension and certain cancers. In the city of Rubelita in Minas Gerais, the ESF Vanguardia II, which has a population of 2853 people, of which a large part are hypertensive. Knowing that hypertension is a disease that presents a risk factor for several other of various severities, and having as main objective the improvement of blood pressure control levels in patients assisted in that unit, this work consists of an intervention project through actions simply and effectively designed to amend the critical nodes present. It can be concluded that the objectives have been achieved with actions such as increasing the number of consultations for hypertension, hypertensive awareness of their actual situation, mobilization of the target population will joint exercise, enlightening monthly meetings, among other actions. It is expected that the collected results show that, despite the short application time, shall be able to reap positive results, including reduction of cardiovascular risk in some patients.

Keywords: Hypertension ; control; intervention project

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 DIAGNÓSTICO POPULACIONAL DE RUBELITA – MG	09
1.2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO ESF VANGUARDIA II	10
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	13
3.1 OBJETIVO GERAL	13
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
4 METODOLOGIA	14
5 REFERENCIAL TEÓRICO	15
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERENCIAS.....	23

1 INTRODUÇÃO

1.1 DIAGNÓSTICO POPULACIONAL DE RUBELITA – MG

Rubelita é um município brasileiro fundado em 1 de março de 1963 (51 anos), que está localizado no norte do estado de Minas Gerais com uma área de 1109,229 Km² e faz parte da microrregião de Salinas. Está a uma distância de 692 Km da capital do nosso estado, Belo Horizonte. (IBGE, 2015)

A história mostra que o município de Rubelita teve seu início por volta de 1876, quando Manoel Honório da Bandeira chegou na região e construiu uma igreja, cujo padroeiro é o Senhor Bom Jesus. Por esta razão, a primeira denominação recebida foi Bom Jesus de Salinas, pelo fato desta região pertencer na época à cidade de Salinas. Depois de alguns anos, por serem realizadas no povoado as festas religiosas com entrega de Bandeira, a denominação do povoado passou a ser Bandeira. Por volta de 1938 o povoado passou a denominar-se Rubelita em razão da descoberta de uma jazida de pedras semipreciosas de mesmo nome, pertencente à família das turmalinas. Tal descoberta atraiu muitos garimpeiros que fizeram residência, vivendo da extração mineral e também da pecuária e da agricultura. (IBGE, 2015)

Apresenta uma população de 10199 habitantes (Est. IBGE/2000) com uma densidade de 6,7 habitantes por Km². A maioria da população encontra-se na faixa etária acima de dez anos a qual apresenta taxa de alfabetização 74,90% (IBGE, 2000).

É uma cidade pequena que não tem atividade industrial, com renda média de um salário mínimo, tendo como maior fonte de emprego a prefeitura. Alcança um IDH de 0.66, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2000).

As atividades do setor primário constituem a principal base da economia do município de Rubelita. Os trabalhadores deste setor representam 87,4% da população ocupada do município. A utilização das terras engloba culturas alimentares, pecuárias e atividades extrativas.

O município possui infra-estrutura de água, com 43,35% dos domicílios sendo atendida pela rede geral de distribuição de água e 36,53% possuem poço ou nascente na propriedade. Outras formas de abastecimento atendem 20,11% dos domicílios. A rede de esgotos atende a 6,77% dos domicílios. A maioria das casas possui fossa rudimentar (47,49%) ou não possui instalação sanitária (52,51%) (IBGE,2000).

No município temos um total de 4 unidades básicas de saúde, sendo 2 na cidade e 2 na zona rural. Não possuímos hospital, sendo necessária a referência para a cidade de Salinas ou Taiobeiras de casos de media e alta complexidade.

A unidade de saúde que trabalho está na zona urbana, sendo conhecida como ESF "Vanguardia II" abrangendo uma área de 900 famílias.

1.2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ESF VANGUARDIA II

Nossa unidade atualmente não se encontra adequadamente equipada , mas conta com os recursos básicos necessários para o desenvolvimento do trabalho da nossa equipe, a qual está formada por: 2 médicos, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 1 recepcionista, 6 agentes de saúde, 1 dentista e 1 auxiliar de dentista. Temos o apoio do NASF 2 vezes por semana (1 psicólogo,1 farmacêutico, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 1 assistente social, 1 educador físico). O horário de funcionamento é das 7 às 17 horas.

A ESF foi implantada em uma casa grande e arejada. Temos à nossa disposição 3 salas médicas, 2 salas de enfermagem, 2 enfermarias, 4 banheiros, 1 sala arquivo, 1 sala de medicação, 1 sala de curativo e 1 consultório odontológico.

Nossa população, atualmente, abrange 2853 pessoas, formando cerca de 900 famílias, sendo distribuídas em:

- 857 homens
- 844 mulheres
- 505 idosos

- 54 crianças de até 2 anos
- 593 crianças acima de 2 anos

Durante a realização de análise situacional no reconhecimento da unidade básica de saúde Vanguardia II, em Rubelita-MG, observou-se como principais problemas as vulvovaginites, alcoolismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e doenças infecto-parasitárias. Dentre essas quatro, a de maior preocupação é a HAS, já que abrange uma grande população e não tem sido cuidada e tratada como deve, e portanto, possui perspectivas de melhores dados. .

A HAS tem como principal nó crítico a dificuldade do paciente em cumprir o tratamento corretamente, e, por isso não alcançando seu controle. Infere-se que isto seja causado pela falta de conhecimento do paciente acerca da doença e suas consequências, acrescido à característica silenciosa da enfermidade. A isso também soma-se a cultura do uso de plantas naturais para tratamento e cura da maioria das doenças.

Portanto, ficam evidentes as dificuldades que existem no manejo do indivíduo com hipertensão arterial, principalmente relacionada ao pouco conhecimento atual dessa população sobre tal patologia na atenção primária. A presente investigação tem como finalidade estudar a prevalência do controle da hipertensão arterial no ESF Vanguardia II, identificando e modificando os nós críticos através de ações efetivas em saúde.

2 JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares (DCV) são o principal grupo de causas de morte no Brasil, representando 32% do total (Ministério da Saúde, 2015). Metade dos hipertensos conhecidos não faz nenhum tipo de tratamento e a outra metade que o faz, poucos têm a pressão arterial controlada. Entre 30 a 50% dos hipertensos interrompem o tratamento no primeiro ano e 75% dos hipertensos depois de cinco anos. (Lessa I, 2010)

A HAS é considerada relevante em relação às DCV pela alta prevalência mundial e a probabilidade de desfechos circulatórios às vezes fatais ou não fatais quando a ela estão associados outros fatores de risco. Para o entendimento da HAS seria muito importante o conhecimento de sua ocorrência nacional e regional, assim como a correlação com outros possíveis fatores potencialmente desencadeantes de eventos cardiocirculatórios uma necessidade eminente.

Sendo assim, a HAS requer intenso estudo e compreensão da situação populacional, para que se possam construir planos de ação efetivos e melhora do controle desta patologia tão prevalente no ESF Vanguardia II em Rubelita-MG, prevenindo complicações futuras.

3.1 OBJETIVO GERAL

Aumentar os níveis de controle da hipertensão arterial nos pacientes assistidos pelo ESF Vanguardia II em Rubelita-MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimular mudanças no estilo de vida dos hipertensos do ESF Vanguardia II;
- Intervir sobre os dados colhidos na área assistida pelo ESF Vanguardia II, melhorando estes números;
- Aumentar o número de atendimentos aos hipertensos do ESF Vanguardia II;
- Reduzir o risco cardiovascular dos pacientes hipertensos assistidos pelo ESF Vanguardia II.

4 METODOLOGIA

O projeto de intervenção vem sendo aplicado desde o mês de fevereiro de 2014 com os hipertensos cadastrados em nosso sistema. Atualmente estão sendo acompanhados por nossa equipe 276 hipertensos.

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e prospectivo, com variáveis quali-quantitativas, realizado na ESF Vanguardia II no município de Rubelita-MG.

Estão inclusos nas ações do projeto todos os pacientes hipertensos, controlados ou não, cadastrados no ESF Vanguardia II, em Rubelita-MG. Aproveitamos as ações e incluímos também, em algumas delas, pacientes que tem o diagnóstico de diabetes, seja do tipo I ou II. Serão excluídos da análise de dados todos os pacientes cadastrados no ESF em questão que não tenham o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

As atividades desenvolvidas a partir do presente trabalho também deverão ter seus resultados avaliados, através da análise do impacto das ações comunitárias, dos prontuários e consultas feitas por mim e pela enfermagem, das visitas dos ACS, e de todas as mudanças implementadas pela equipe de saúde da família da unidade.

Serão colhidos dados como caracterização sócio-demográfica, dados pessoais, dados pregressos, dados das consultas feitas anteriormente, melhora dos índices da pressão arterial, redução do risco cardiovascular, assiduidade dos pacientes aos programas oferecidos, perda de peso, melhora da qualidade de vida, dentre outros quesitos.

Nosso projeto de intervenção foi construído por toda a equipe, por quem vem sendo executada. Consiste em uma série de ações que podem modificar a vida dos pacientes, assim como a gravidade da HAS.

Para elaboração do Plano de Intervenção também foi realizada pesquisa bibliográfica narrativa, com busca de material em documentos do Ministério da saúde, periódicos indexados na Biblioteca Virtual em saúde (BVS) com os seguintes descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica, Atenção Primária à Saúde, Adesão à Medicação.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

As intensas transformações políticas, econômicas e sociais por que vem passando o Brasil nas últimas décadas têm gerado complexos processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional (FREESE E, FONTBONNE A, 2006). As principais consequências dessas “transições” são o aumento na longevidade da população com um importante incremento na expectativa de vida, modificações nos hábitos alimentares e nos estilos de vida e a passagem de um perfil de elevada mortalidade em crianças, com predomínio das doenças infecciosas e parasitárias, para um perfil de elevada mortalidade em idades mais avançadas (CESSE E, FREESE E, 2006).

A diversificação das ações dos profissionais de saúde, em destaque os médicos e enfermeiros a esta parcela populacional, vem sendo foco de diversos estudos, na tentativa de viabilizar uma vida com mais qualidade para os mesmos, reduzindo os efeitos e consequências dos diversos distúrbios que acometem a velhice (OLIVEIRA CJ, MOREIRA TMM, 2010).

O aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no perfil de morbimortalidade da população é marcante, constituindo-se em problemas de saúde pública, pois são responsáveis por 59% das mortes conhecidas em nível mundial. Dentre esse grupo de doenças, estão as cardiovasculares (DCV), o diabetes mellitus e algumas neoplasias (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2003). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) encontra-se entre as DCNT mais prevalentes entre as pessoas, sendo, na maioria dos casos, assintomática (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Nos países desenvolvidos e nos países em desenvolvimento, a HAS atinge cerca de 30% da população adulta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). No continente americano, a síndrome afeta cerca de 140 milhões de pessoas, metade das quais desconhece ser portadora da doença por não apresentar sintomas e não sentir a necessidade de procurar o serviço de saúde. Das que se descobrem hipertensas, 30% não realizam o tratamento adequado por falta de motivação ou de acesso aos serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Considerando a HAS com valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (CESARINO CB, CIPULLO JP, MARTIN JFV. Et al, 2008) (ROSÁRIO TM, SCALA LCNS, FRANÇA GVA. et al, 2009). Observando o comportamento da HAS em idosos no Brasil em período de cinco anos (2006-2010), demonstrou-se que sua prevalência não seguiu uma tendência linear, mantendo-se elevada em todos os anos analisados, com predomínio em idosos do sexo feminino e em idosos com baixa escolaridade (MENDES GS, MORAES CF, GOMES L, 2010).

HAS é a enfermidade vascular mais frequente no mundo, sendo considerado o fator de maior risco para doenças cerebrovasculares, com causa predominante de morte no Brasil (LESSA, I., 2010).

Dessa forma, a HA é uma doença silenciosa, de alta prevalência, cujo diagnóstico e controle são imprescindíveis no manejo de graves moléstias, como insuficiência cardíaca congestiva, doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, nefropatia hipertensiva, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva (RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T., 2011).

Dentre os fatores ambientais que concorrem para o aumento dos níveis da pressão arterial, destacam-se as mudanças associadas ao estilo de vida, em que se incluem hábitos alimentares inadequados associados à inatividade física, uso abusivo do álcool e tabagismo. Estudos indicam que esses hábitos comportamentais estão correlacionados com a obesidade, um dos principais preditores da hipertensão arterial (SALGADO CM, CARVALHAES JTA., 2013).

Face ao controle pouco satisfatório da hipertensão arterial, questiona-se quais seriam as justificativas para tal situação. Uma provável explicação estaria ligada ao fato da redução insuficiente dos níveis da pressão arterial pela proposta de tratamentos pouco eficazes. Outra possibilidade para o controle ineficiente dos níveis pressóricos relaciona-se com a pouca ou a falta de adesão ao tratamento. Adesão ao tratamento pode ser considerada como “o grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, com o objetivo de manter a pressão arterial em níveis normais” (CAR MR, PIERIN AMG, AQUINO VLA, 1991).

Diversos fatores influenciam nesse processo e apresentam relações com:

- o usuário – por meio das características biossociais;
- a doença na sua cronicidade - pela ausência de sintomas e consequências tardias;
- o tratamento – por meio dos efeitos indesejáveis das drogas e esquemas complexos;
- os aspectos institucionais – de acordo com o acesso ao serviço de saúde e ao relacionamento da pessoa hipertensa com a equipe de saúde (CONSTANTINE R, BROWNSTEIN JN, HOOVER S, et al, 2008).

Para que se possa atingir e manter os níveis tensionais controlados, o hipertenso frequentemente requer estímulo constante para as mudanças de estilos de vida e ajustes ao tratamento. Face ao panorama traçado, ressalta-se a importância do direcionamento de programas e políticas de saúde para a atenção no contexto da hipertensão arterial. A criação de uma rede de informação que sustente a caracterização da população-alvo e viabilize o seguimento do hipertenso constitui etapa importante da assistência (PIERIN AMG, MARRONI SN, TAVEIRA LAF et al, 2011).

Assim, torna-se imprescindível que o cuidado produzido pelos profissionais de saúde seja embasado por escuta, acolhimento, ética, diálogo, autonomia, respeito, liberdade, cidadania e criatividade, de modo a impulsionar mudanças em suas práticas (BARROS S, OLIVEIRA MAF, SILVA ALA, 2007).

A existência de profissionais que buscam assegurar a criação de vínculos efetivos entre equipe de saúde e usuários, bem como o estabelecimento de relações de troca e confiança contribuirá significativamente para a corresponsabilização dos usuários e família no cuidado com a saúde (CECÍLIO LCO, 2001).

Assim, a primeira ação a ser desenvolvida com o usuário inclui a escuta sensível de suas necessidades de saúde, aliada ao acolhimento, visando concretizar atenção integral aos usuários em seu contexto familiar e comunitário (GOMES MCPA, PINHEIRO R, 2005).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Com o objetivo de melhorar os índices de controle da HAS em nossa unidade de saúde foi elaborado um plano de ações que possa mudar a realidade da população alvo.

A primeira ação descrita consiste no rastreamento da HAS feito corretamente e de maneira intensa, assim como o aumento do número de consultas médicas disponíveis especialmente para hipertensos, sendo o programa estendido aos diabéticos. Assim, os pacientes poderão ser assistidos mais de perto, e são otimizados os diagnósticos da HAS. Essa ação será desenvolvida através da convocação dos hipertensos por meio das visitas dos ACS a essa população. Serão convidados a consultar-se com mais frequência e informados do plano de intervenção que se iniciará.

Outra ação implantada foram as reuniões de HIPERDIA, que contemplam tanto pacientes hipertensos, como diabéticos, no intuito de fazer com que os mesmos compreendam o que tem se passado com seus corpos, e a partir daí, alimentem a consciência do tratamento correto. São ministradas aulas por diferentes profissionais como nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, psicóloga, médica, enfermeiro, cada um abordando o que há de mais importante para esses pacientes em suas respectivas áreas de atuação. Acredita-se que a informação/conscientização traga a esses pacientes o desejo pela mudança de estilo de vida, como atividade física regular, melhora da alimentação, cessar tabagismo e etilismo, dentre várias outras coisas. A convocação para esta ação será feita através das visitas dos ACS, assim como das consultas médicas.

Juntamente com a ação citada anteriormente, tentar-se-á mobilizar a equipe e comunidade para a uma caminhada em grupo, o que apelidamos de “Caminhada da Saúde”. Através disso objetivamos mobilizá-los para a prática regular de exercício físico para reduzir o sedentarismo. Esta vem sendo executada graças ao trabalho do fisioterapeuta do NASF, na quarta e sexta-feira.

A avaliação do projeto será feita através de uma comparação entre o antes de depois dos pacientes que forem estiverem aderidos ao projeto e forem ao ESF em

busca de atendimento. Nesse momento serão colhidos os dados necessários, e a partir deles será feita análise, assim como de seus prontuários.

Confiamos que as medidas selecionadas sejam a porta de entrada para um maior controle de hipertensão arterial sistêmica no ESF Vanguardia II. As ações escolhidas são simples, de fácil execução e espera-se que seja de grande aplicabilidade.

QUADRO 1 – DESENHO DE DAS OPERAÇÕES

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Recursos necessários
Pacientes não diagnosticados	Rastreamento da HAS e aumento das consultas	Aumento do número de diagnósticos e melhora do acompanhamento	Apoio e auxílio de toda a equipe, em especial, dos ACS, realizando busca ativa da população alvo e agendando as consultas.
Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Recursos necessários
Desinformação dos pacientes	Reuniões de HIPERDIA	Aumento do conhecimento dos pacientes acerca da patologia em questão	Escolha de um local para reuniões e auxílio de todos os profissionais das diversas áreas, para que cada uma possa acrescentar as informações necessárias.
Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Recursos necessários
Sedentarismo	Caminhada da Saúde	Reduzir o sedentarismo	Auxílio do fisioterapeuta para orientar os

		desses pacientes; perda de peso	pacientes durante a série de exercícios físicos, além de encontrar local adequado.
--	--	------------------------------------	--

QUADRO 2 - RECURSOS CRÍTICOS

Operação/projeto	
Realização reuniões com equipe de Saúde para discutir estratégias de Educação em Saúde	<p>Político – Sensibilizar gestores da importância das ações de Educação em Saúde.</p> <p>Organizacional – Encontrar espaço na agenda dos profissionais da equipe para participarem das reuniões</p>
Divulgação ampla das reuniões dos grupos	Organizacional – Auxílio dos ACS e de toda a equipe; local para reunir
Criação de grupos educativos destinados a pacientes de risco	Organizacional – Encontrar o espaço para realização dessas reuniões; contar com a colaboração de diferentes profissionais que estão a disposição da unidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial Sistêmica, apesar de uma patologia que apresenta fator de risco para várias outras comorbidades de gravidade ainda maiores, é uma enfermidade que possui diversas variáveis que podem ser modificadas, melhorando índices como morbimortalidade desses pacientes. Pensando nisso, o projeto em questão investiu em tais variáveis (alimentação adequada, prática de exercícios físicos, tratamento farmacológico adequado, informação da população) tentando modificá-las (tentativa de mudança da alimentação, redução do sedentarismo, palestras informativas, orientações adequadas quanto ao tratamento). Espera-se que com a implantação do plano de intervenção a população alvo possa aprender um pouco mais sobre a doença em si e seu estado de saúde, e assim ajudar-nos nessa difícil tarefa, que é cuidar e controlar a HAS.

Como a revisão literária aponta, o maior responsável pelo não cumprimento do tratamento é o desconhecimento, sendo assim, acredita-se que após aplicação do projeto o índice de controle da HAS aumente, assim como melhora de todos os outros índices, dentre eles o escore de Framingham, que estima o risco cardiovascular dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. BARROS S, OLIVEIRA MAF, SILVA ALA. **Práticas inovadoras para o cuidado em saúde.** RevEscEnferm USP. 2007;41(n.esp):815-9.
2. CAR MR, PIERIN AMG, AQUINO VLA. **Estudos sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial.** Rev Esc Enf USP 1991;25:259-269.
3. CECÍLIO LCO. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: PINHEIRO R, MATTOS RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 4ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p.113-26.
4. CESARINO CB, CIPULLO JP, MARTIN JFV, CIORLIA LA, GODOY MRP, CORDEIRO JA, RODRIGUES IC. **Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto.** ArqBrasCard 2008; 91(1): 31–35.
5. CESSÉ E, FREESE E. **Características e determinantes do padrão brasileiro de ocorrência das DCNT no século XX.** In: FREESE E, ORGANIZADOR. **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.** Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2006. p. 47-72.
6. CONSTANTINE R, BROWNSTEIN JN, HOOVER S, WORDLAW-STINSON L, ORENSTEIN D, JONES P, FARRIS R. **Strategies for controlling blood pressure among low-income populations in Georgia.** *Prev Chronic Dis.* 2008; 5(2):A52.
7. FREESE E, FONTBONNE A. **Transição epidemiológica comparada: modernidade, precariedade e vulnerabilidade.** In: FREESE E, ORGANIZADOR. **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.** Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2006. p. 17-46.
8. GOMES MCPA, PINHEIRO R. **Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos.** Interface Comun Saúde Educ. 2005;9(17):287-301.
9. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: www.ibge.org.br. Acesso em: 26 junho de 2015.
10. LESSA, I. **Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, ago. 2010

11. MENDES GS, MORAES CF, GOMES L. **Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010.** Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2014 Jul-Set; 9(32):273-278.
12. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Datasus. Informações de Saúde. Dados obtidos via internet. "http://: www.datasus.gov.br ", em 13/05/2015
13. OLIVEIRA CJ, MOREIRA TMM. **Caracterização Do Tratamento Não-Farmacológico De Idosos Portadores De Hipertensão Arterial.** Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 76-85, jan./mar.2010
14. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Brasília, 2003.
15. PIERIN AMG, MARRONI SN, TAVEIRA LAF, BENSEÑOR IJM. **Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl. 1):1389-1400, 2011
16. RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. **Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 2, abr. 2011.
17. ROSÁRIO TM, SCALA LCNS, FRANÇA GVA, PEREIRA MRG, JARDIM PCBV. **Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT.** Arq Bras Card 2009; 93(6): 672–678.
18. SALGADO CM, CARVALHAES JTA. **Hipertensão arterial na infância.** J Pediatr (Rio J.) 2003; 79 Suppl 1: 115-24.
19. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.** Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: World Health Organization; 2003
21. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Issues of communication and risk.** World Health Report 2002: from noncommunicable diseases & mental health (NMH) communications. Geneva: World Health Organization; 2002.