

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

ROSENI FÁTIMA NORBERTO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DE CONTROLE DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BELVEDERE
MUNICÍPIO DE PARÁ DE MINAS - MG**

POLO BELO HORIZONTE-BH 2/MG

MAIO/2014

ROSENI FÁTIMA NORBERTO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DE CONTROLE DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BELVEDERE
MUNICÍPIO DE PARÁ DE MINAS-MG**

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

Orientadora: Professora Silvana Spindola de Miranda

POLO BELO HORIZONTE-BH 2 /MG

MAIO/2014

ROSENI FÁTIMA NORBERTO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DE CONTROLE DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BELVEDERE
MUNICÍPIO DE PARÁ DE MINAS-MG**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado para o
Curso de Especialização de Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para a
obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Silvana Spindola de
Miranda

Banca Examinadora

Professora: Silvana Spindola de Miranda

Professor: Dr^a Selme Silqueira de Matos

Orientadora

Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte __/__/__

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho à minha família e amigos: foram os estímulos recebidos que me impulsionaram a buscar vida nova a cada dia. Agradeço por terem aceitado se privar da minha companhia em prol dos estudos, concedendo a mim a oportunidade de realização pessoal e profissional.

À Deus, pela vida, graça, proteção e amor, que se fez presente nos momentos mais difíceis, com sua fonte de luz a guiar meus passos e a manter a fé todos os dias.

Aos meus filhos Lucas e Raphael pelo carinho e apoio.

.

A minha orientadora Professora Dra. Silvana Spindola de Miranda, pelos esclarecimentos e sugestões.

A Rijane, Valéria e Igor das Mercês Mairinque, pelo apoio na organização estrutural da pesquisa.

E a todos aqueles que com sua preciosa ajuda de alguma forma contribuíram para a realização de mais essa importante conquista.

Aos nossos amigos e colegas que adquirimos durante nessa caminhada.

A todos aqueles que acreditaram e ajudaram para que este sonho se concretizasse.

VALE A PENA

Vale a pena a tentativa e não o receio

Vale a pena confiar e nunca ter medo

Vale a pena encarar e não fugir da realidade

Ainda que eu fracasse, vale a pena lutar

Vale a pena discordar do melhor amigo e não apoiá-lo em suas atitudes erradas

Vale a pena corrigi-lo

Vale a pena encarar-me no espelho e ver se estou certo ou errado

Vale a pena procurar ser o melhor e aí...

Vale a pena ser o que for

Enfim,

Vale a pena, viver a vida, já que a vida não é tudo que ela pode nos dar mas sim, tudo o que podemos dar por ela.

Autor desconhecido

"Ninguém sabe tudo, ninguém ignora tudo, todos sabemos alguma coisa, todos ignoramos alguma coisa, por isso aprendemos sempre" Paulo Freire

"Nada me surpreende mais que o homem. Ele acaba com a saúde para conseguir dinheiro. Depois, gasta todo o seu dinheiro para recuperar a saúde. Vive como se nunca fosse morrer. E morre sem ter vivido" (Dalai Lama)

"Comece tudo o que pode fazer ou que sonha que pode fazer. Há gênio, poder e mágica na ousadia" (Johann Goethe)

"Tudo flui. Tudo está em movimento e não dura para sempre. Por esta razão, não podemos entrar duas vezes no mesmo rio. Isto porque quando se entra pela segunda vez tanto eu, quanto ele já terá mudado" (Heráclito, 540-480 ac.)

"Que eu não perca vontade de doar este enorme amor que existe em meu coração, mesmo sabendo que muitas vezes ele será submetido a provas e até rejeitado (Chico Xavier)

Aos que têm fé e esperança tudo é possível...

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica ainda é uma das mais importantes causas de morbimortalidade no mundo. O controle adequado da pressão arterial tem sido alvo de pesquisas e interesse na comunidade médica. Representa um importante problema de saúde pública, devido a sua grande prevalência na população brasileira e por ser fator de risco para doenças como o Acidente Vascular Encefálico e o Infarto Agudo do Miocárdio. Na pesquisa realizada na Estratégia de Saúde da Família Belvedere, município de Pará de Minas, ficou evidenciado um problema (nó crítico): a não adesão ao tratamento medicamentoso. Partiu-se do pressuposto de que, apesar das várias divulgações e campanhas em veículos de comunicação a respeito da hipertensão arterial sistêmica e seus fatores de risco, as pessoas portadoras dessa enfermidade, ainda apresentam sérias dificuldades em lidar com a mesma, e que tais dificuldades são decorrentes de questões culturais e sociais. A atual pesquisa confirma os resultados das conclusões relatadas nas referências bibliográficas levantadas. Os indicativos estudados evidenciam que o sedentarismo, a não adesão ao tratamento e os hábitos inadequados de alimentação são causas do aumento e manutenção dos casos de hipertensão arterial, tal comportamento, se repete também na Estratégia de Saúde da Família Belvedere em Pará de Minas. Observou-se ainda, que o controle da pressão arterial não se relaciona apenas aos hábitos de vida saudável e seu tratamento medicamentoso, mas também, com a conscientização do paciente sobre a sua própria enfermidade, às co-morbidades relacionadas e a co-responsabilidade do paciente, com seu próprio tratamento. Trata-se de enfatizar, o trabalho de conscientização e de orientação do uso correto de medicamentos conforme prescrição, como também mudanças consideráveis na postura desses pacientes que venham a propiciar maior adesão dos mesmos, ao tratamento e, conseqüentemente, melhorias nas condições dos níveis de saúde. Para o sucesso do tratamento, observa-se a necessidade, do comprometimento do paciente, co-participação com seu tratamento medicamentoso, e ainda, que o mesmo, se convença que mudanças de hábitos de vida, contribuem, em grande parcela, para que não haja complicações referentes a hipertensão.

Palavras-chave: Hipertensão. Cardiovascular.

ABSTRACT

The Hypertension is still one of the major causes of morbidity and mortality worldwide. Adequate control of blood pressure has been the subject of research and interest in the medical community. It is a major public health problem due to its high prevalence in the population and be a risk factor for diseases such as Stroke and Acute Myocardial Infarction. In research conducted at the Family Health Strategy Belvedere, municipality of Pará de Minas, was shown to be a problem (critical node) non-adherence to drug treatment, and expressed the belief that, despite the various disclosures and campaigns in communication vehicles about hypertension and its risk factors, people with this disease still have serious difficulties in dealing with it, and that these difficulties are due to cultural and social issues. Current research confirms the results of the findings reported in the references raised that suggest that physical inactivity, non-adherence to treatment and feeding habits are inadequate reasons for the increase and maintenance of cases of hypertension, indicating that such behavior, if repeated also in the Belvedere Family Health Strategy in Para de Minas. Through this research, we also observed that the control of blood pressure is not related only to healthy living habits and his drug treatment, but also with the patient awareness of their own illness, to co-morbidities related and co- the patient's responsibility, with its own treatment. It should be emphasized, the awareness work and guidance of the correct use of medicines as prescribed, and also considerable changes in the posture of these patients, will provide greater adhesion of the same, treatment and, consequently, improved conditions of health levels. For successful treatment, it is necessary to occur the commitment of the patient, co-participation with your drug treatment, and also that the same is convinced that changes in lifestyle, contribute to a large portion, so there is no complications related to hypertension.

Keywords: Hypertension. Cardiovascular.

SUMARIO

1 – INTRODUÇÃO	10
1.1 – Identificação do Município	10
1.2 – Histórico e descrição do Município	10
1.3 – Aspectos demográficos	11
1.4 – Aspectos sócio econômicos	12
1.5 – Sistema Municipal de Saúde	14
1.6 – Unidade de Saúde Belvedere	16
1.6.1 O funcionamento da Unidade de Saúde	18
1.6.2 O dia a dia da Estratégia Saúde da Família	18
2 – JUSTIFICATIVA	19
3 – OBJETIVOS	21
4 – METODOLOGIA	22
5 – BASES CONCEITUAIS	23
6 – PASSOS DE IDENTIFICAÇÃO, PRIORIZAÇÃO, DESCRIÇÃO, EXPLICAÇÃO DOS PROBLEMAS E DESCRIÇÃO DO NÓ CRÍTICO	37
7 – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	44
8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
9 – REFERÊNCIAS	52

1 – INTRODUÇÃO

1.1 – Identificação do Município

Pará de Minas é um município brasileiro localizado no estado de Minas Gerais, na região Sudeste do País. Pertence à Mesorregião Metropolitana, e ao colar metropolitano de Belo Horizonte. Localiza-se a oeste da capital do Estado, distando desta, cerca de 90 km. Ocupa uma área de 551,247km². Sua população em 2014 era de 90.306 habitantes. A temperatura média anual de 21,8°C e a vegetação predominantemente de Mata Atlântica. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,725, classificado como alto em relação à media nacional (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2015).

1.2 – Histórico e descrição do Município

A exploração da área do atual Município teve início na segunda metade do século XVII, após a abertura de um ponto de parada para Bandeirantes que iam e vinham das minas de Pitangui, tendo alguns se afixado no local. A construção da Capela Nossa Senhora da Piedade, no século XVIII, marca o estabelecimento do arraial. Foi elevado à categoria de distrito em 1846, emancipando-se em 1859. No decorrer do século XX, ganham impulso a indústria têxtil, o setor siderúrgico e as agroindústrias. Pará de Minas é considerado como um dos principais pólos estaduais da suinocultura e avicultura (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2015).

Eventos como o carnaval da cidade (Pará Folia), a Cavalgada de Pará de Minas e a Fest Frango (Feira Estadual do Frango e do Suíno) configuram-se como alguns dos principais atrativos de Pará de Minas, bem como, as programações culturais da Casa da Cultura, do Cine Café e do Teatro Municipal Geraldina Campos de Almeida. Em meio ao perímetro urbano, o Parque Bariri reserva espaços para caminhadas, descansos e lazer infantil. Na Serra de Santa Cruz, o monumento do Cristo Redentor de Pará de Minas, se tornou um dos principais marcos do município, inspirado no Cristo Redentor Carioca (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2015; PREFEITURA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS, 2015).

1.3 – Aspectos demográficos

Em 2014, a população do município foi contada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) segundo estatísticas divulgadas em 2014, a população municipal era de 90.306 habitantes. O IBGE considera Pará de Minas como um centro de Zona A, ou seja, a cidade exerce influência preponderante sobre as demais; neste caso, sobre os municípios de Igaratinga, Maravilhas, Onça de Pitangui, Pequi e São José da Varginha (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2015)

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Pará de Minas é considerado elevado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), sendo que seu valor é de 0,725 (1154º maior do Brasil). A cidade ocupa a 45ª posição dentre as mais desenvolvidas do país, segundo a Fundação Getúlio Vargas (FGV) 2012, levando em consideração além da educação, saúde e renda, a segurança (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2015).

A maioria dos paraminenses se declara católica, apesar de hoje ser possível encontrar na cidade dezenas de denominações protestantes diferentes, assim como a prática do budismo e do espiritismo, entre outras. Também são consideráveis as comunidades judaica, mórmon, e das religiões afro-brasileiras (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2015).

Os primeiros imigrantes a se estabelecerem no decorrer do século XVIII, foram bandeirantes oriundos em sua grande maioria do estado de São Paulo. A cidade viria a receber uma leva significativa de imigrantes, atraídos pelo desenvolvimento observado na cidade, tendo a presença de chineses, japoneses, americanos, alemães, portugueses, espanhóis e argentinos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2015).

Pará de Minas, não possui constituição própria, em vez disso, possui Lei Orgânica. É sede da Comarca, classificada como de segunda entrância, que também reúne os municípios de Florestal, Igaratinga, Onça de Pitangui, Pequi, São Gonçalo do Pará e São José da Varginha (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2015; PREFEITURA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS, 2015).

1.4 – Aspectos sócio econômicos

No Produto Interno Bruto (PIB) de Pará de Minas, destacam-se a agropecuária, associada ao agronegócio, e a área de prestação de serviços. Pará de Minas é considerado pólo regional em relação à agricultura, suinocultura avicultura e ocasionalmente o Parque de Exposições Francisco Olivé Diniz, recebe eventos de âmbito local ou mesmo estadual que visam a divulgar a produção, sendo o maior deles a Fest Frango (Feira Estadual do Frango e do Suíno). Na lavoura temporária, são produzidos principalmente a cana-de-açúcar, tomate, mandioca, além de alho, amendoim, arroz, batata doce, feijão e milho. Já na lavoura permanente, destacam-se banana, laranja, látex, café e maracujá (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2015).

A Siderúrgica Alterosa, que é uma das maiores produtoras de gusa do Brasil, mantém suas duas unidades industriais no município. A Cooperativa dos Granjeiros do Oeste de Minas (COGRAN) englobava em março de 2014 um total de 240 cooperados que produziam em média cerca de 3 milhões de aves ao mês. Uma considerável parte da produção do setor secundário paraminense é oriunda dos distritos industriais da cidade abrigando a Itambé Laticínios e a Guabi (rações) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2015).

Boa parte da produção é originada do comércio, sendo possível encontrar, dentre outros setores, confecções, sapatarias, supermercados, padarias, açougues, farmácias, floricultura, mobiliadoras, eletrônicas e bancos. A Associação Empresarial de Pará de Minas (ASCIPAM) representa a classe industrial e comercial de Pará de Minas. De acordo com o IBGE, no ano de 2012 também havia a atuação de seis agências de instituições financeiras em Pará de Minas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2015; PREFEITURA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS, 2015)

Na área da educação, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) entre as escolas públicas de Pará de Minas era, no ano de 2011, de 5,3 (numa escala de avaliação que vai de nota 1 à 10), sendo que a nota obtida por alunos do 5º ano (antiga 4ª série) foi de 6,4 e do 9º ano (antiga 8ª série) foi de 4,3; o valor das escolas públicas de todo o Brasil era de 4,0. Dentre as 13 instituições que atendiam ao ensino médio, dez pertenciam à rede pública estadual e três eram

escolas privadas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2015; PREFEITURA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS, 2015).

A Secretaria Municipal de Educação tem como objetivo coordenar e assessorar administrativa e pedagogicamente o Sistema Escolar de Pará de Minas. São exemplos de programas associados à Secretaria com foco voltado à população, a Educação de Jovens e Adultos (EJA), voltada para adultos que não concluíram o ensino fundamental e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Em relação ao Ensino Superior, a cidade possui campi da Faculdade de Pará de Minas (FAPAM) e da Universidade Vale do Rio Verde (UninCor) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2015; SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE PARÁ DE MINAS, 2015).

A segurança pública de Pará de Minas conta com diversos organismos. A Coordenadoria Municipal de Defesa Civil (COMDEC) se responsabiliza por ações preventivas, assistenciais, recuperativas e de socorro em situações de risco público. A 19ª Companhia de Polícia Militar, uma força estadual, é a responsável pelo policiamento ostensivo, o patrulhamento bancário, ambiental, prisional, escolar e de eventos especiais, além de realizar ações de integração social. Já a Polícia Civil tem o objetivo de combater e apurar as ocorrências de crimes e infrações (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2015).

O Poder Público Estadual e Municipal tem realizado diversas atividades para melhorar a segurança da cidade, ampliando e modernizando o quadro de viaturas. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2015).

O serviço de abastecimento de energia elétrica é feito pela Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG). O fornecimento de água e a coleta de esgoto da cidade era feito pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2015; PREFEITURA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS, 2015).

Em 2014, com o estado de calamidade pública, decretado devido ao agravamento da falta de água, a Prefeitura abriu uma licitação para que as empresas prestadoras de água interessadas apresentassem projetos de investimentos na cidade. Após licitação, em fevereiro de 2015, a Prefeitura anunciou que a empresa Águas do Brasil, que pertence ao grupo Queiroz Galvão, havia vencido o mesmo (PREFEITURA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS, 2015).

O lixo doméstico é recolhido diariamente e encaminhado ao Aterro Sanitário Municipal, e a coleta seletiva fica a cargo da Associação dos Catadores de Materiais Recicláveis (ASCAMP). Os materiais coletados são transportados por caminhões de propriedade da ASCAMP (PREFEITURA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS, 2015).

O artesanato é uma das formas mais espontâneas da expressão cultural paraminense, sendo que, segundo o IBGE, as principais atividades artesanais desenvolvidas são o bordado e trabalhos produzidos com argila e fibras vegetais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2015).

A região do centro da cidade concentra uma considerável quantidade de bares e restaurantes que agitam a vida noturna paraminense. O investimento em festas e eventos vem sendo incentivado pela prefeitura de Pará de Minas em parceria com empresas locais, estimulando o desenvolvimento socioeconômico local (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2015; PREFEITURA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS, 2015).

A cidade conta com equipes de diversas modalidades esportivas, que se destacam ao conquistarem títulos regionais, estaduais ou mesmo nacionais. O Estádio Ovídio de Abreu é o principal estádio de futebol de Pará de Minas, contando com capacidade de cerca de 1.500 pessoas. O time de futebol mais bem sucedido da cidade é o Paraense Esporte Clube (PREFEITURA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS, 2015).

1.5 – Sistema Municipal de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde é o órgão ligado de forma direta à Prefeitura de Pará de Minas, e tem por função, a manutenção e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como a criação de políticas, programas e projetos que visem à saúde municipal (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARÁ DE MINAS, 2015).

Pará de Minas na estrutura de Atenção Básica a Saúde conta com a seguinte estrutura:

- 17 Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF),
- 04 Unidades Básicas de Saúde (UBS),
- Saúde Bucal (nas ESF e no Núcleo Odontológico),

- 02 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com os seguintes profissionais: Nutricionista, Fisioterapeuta, Educador Físico, Fonoaudiólogo, Farmacêutico, Psicólogo,
- Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) com os seguintes profissionais: Médico, Enfermeiro, Assistente Social, Nutricionista, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo,
- Policlínica Nossa Senhora da Piedade ,
- Centro de Atenção à Saúde da Mulher da Criança (CASMUC),
- Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM),
- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD),
- Residência Terapêutica,
- Centro de Convivência em Saúde Mental,
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA),
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência,
- Tratamento Fora do Domicílio (TFD),
- Hospital Nossa Senhora da Conceição
- Divisão de Vigilância em Saúde composta pelas seções de saúde epidemiológica, Vigilância Alimentar e Nutricional(SISVAN),
- Vigilância de Saúde do Trabalhador,
- Promoção da Saúde,
- Imunização,
- Vigilância Sanitária,
- Sistema de Apoio (diagnóstico laboratorial e por imagem),

Compõem ainda os serviços desenvolvidos pela Prefeitura o Centro de Zoonoses, responsável pelo controle de doenças transmitidas por animais, Sistema Logístico (tecnologia da informação, transporte, cartão SUS, ouvidoria, recursos humanos, contabilidade, almoxarifado) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARÁ DE MINAS, 2015).

De acordo com a proposta de descentralização/regionalização da Secretaria de Estado de Minas Gerais, Pará de Minas está situado na região ampliada de saúde Oeste, cujo pólo é o município de Divinópolis. Pará de Minas é sede da região de saúde composta atualmente, por oito municípios: Conceição do Pará, Igaratinga,

Leandro Ferreira, Nova Serrana, Onça de Pitangui, Pitangui e São José da Varginha (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARÁ DE MINAS, 2015).

Pará de Minas se enquadra na Gestão Plena da Atenção Básica, recebe recursos financeiros dos blocos da esfera Federal, recursos estaduais e municipais. A Prefeitura destina atualmente em torno de 29% de recursos próprios para financiamento da saúde. Em novembro/2013 o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 foi finalizado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 03 de dezembro de 2013 através da Resolução nº18/13 e homologado pelo gestor municipal de saúde em 03 de janeiro de 2014 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARÁ DE MINAS, 2015).

1.6 – Unidade de Saúde Belvedere

O bairro Belvedere, fica na região urbana do município de Pará de Minas. Segundo relato de moradores, parte do bairro foi adquirido por compra de imóveis, a outra parte, formou-se inicialmente por meio de invasão de fazenda ali existente comandada pelo morador "José Atrevido". Posteriormente, o Município oficializou o bairro, entretanto, alguns moradores, ainda não possuem o seu registro no Cartório de Imóveis desta localidade.

A população conserva hábitos próprios da cultura brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, festas juninas, futebol, entre outras. Na última administração tem havido investimento público no bairro (escola, centro de saúde e quadra esportiva) em função dos anseios da comunidade. Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte da Igreja e de interessados pela melhoria da comunidade. Estes trabalhos em sua maioria, voltados para crianças e adolescentes.

A Unidade de Saúde do Bairro Belvedere foi inaugurada há cerca de 11 anos (2003). Está situada na Rua Nossa Senhora Aparecida (principal rua do bairro). A Estratégia Saúde da Família (ESF) Belvedere, está localizado em uma casa que foi inicialmente uma Escola (Escola Estadual Prefeito José Porfírio de Oliveira) sendo adaptada para ser uma Unidade Básica de Saúde e posteriormente ESF, quando da implantação deste Programa no Município (2007). Embora o espaço físico seja bem aproveitado, há necessidade de maior adequação, considerando a demanda e a

população adscrita (em torno de 3.500 usuários). SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARÁ DE MINAS, 2015

A comunidade conta com moradores que são atendidos por uma Equipe de Saúde da Família dividida por quatro micro áreas localizado no próprio bairro. A área destinada à recepção é pequena, razão pelo qual nos horários de pico de atendimento (manhã) cria-se certo tumulto na unidade, o que dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos e muitos aguardam atendimento em pé. Isto ocorre normalmente no dia de coleta de exames. Não existe sala de reuniões, por isso a equipe utiliza um espaço aberto, porém coberto, o que é bastante agradável e ventilado quando faz calor, porém desagradável quando chove. Neste espaço são realizadas atividades físicas com o Educador Físico e com a Fisioterapia e reuniões com a comunidade (grupos operativos) SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARÁ DE MINAS, 2015.

A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com recursos adequados para o trabalho da equipe, possui: mesa ginecológica, glicosímetro, nebulizador, instrumental cirúrgico para pequena cirurgia e curativos, aparelho para aferir pressão arterial (criança e adulto), termômetro, otoscópio, aparelho de eletrocardiograma, balança, materiais para vacinação, medicamento de urgência e livros do Ministério da Saúde para conduta e tratamento de certas patologias (linha guia do Ministério da Saúde). Além de sonar para avaliar batimentos cardio-fetais em gestante, entre outros.

A equipe não tem dificuldades para referenciar os pacientes assistidos para os demais níveis de assistência (médica especializada, farmacêutica, de apoio diagnóstico, policlínica, pronto atendimento). Já está implantado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com a presença de Psicólogo, Educador Físico, Fisioterapia, Nutricionista e Fonoaudiólogo, que fazem atendimento semanal.

O ESF Belvedere realiza eletrocardiograma com laudo emitido pelo programa de Telessaúde da Universidade Federal de Minas Gerais. A avaliação da demanda espontânea, dos usuários é realizada pela enfermagem, pelo Protocolo de Manchester, além do exame ginecológico e coleta dos exames citológicos. Também é realizada coleta de exames laboratoriais, vacinação, curativos, medicamentos de urgência orais e injetáveis, reunião dos grupos operativos, visitas domiciliares, e atendimento médico.

As reuniões com os usuários têm sido feita com o propósito educativo de estimular os indivíduos a procurar melhorias em sua qualidade de vida, promovendo saúde, prevenindo o surgimento de novas doenças e agravos das já existentes.

A Saúde Bucal é realizada na Policlínica de Pará de Minas (Núcleo Odontológico) onde se encontra centralizada este tipo de assistência. A Saúde Mental é acompanhada pela unidade de Saúde, bem como os setores especializados: Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD). O ESF Belvedere é composta por quatro agentes comunitárias de saúde, uma Auxiliar Administrativa uma Coordenadora (Enfermeira) e dois médicos.

1.6.1 O funcionamento da Unidade de Saúde

Funciona no horário de 07:00 às 16:00 horas

1.6.2 O dia a dia da Estratégia Saúde da Família

Os serviços oferecidos são acolhimento à demanda espontânea, pré-natal, puericultura, planejamento familiar, realização de exame citopatológico, hiperdia, visita domiciliar, imunizações, curativos, nebulizações, distribuição de medicamentos, grupos operativos, saúde do trabalhador.

São realizadas 24 consultas médicas diariamente: 08 demandas espontâneas que são avaliadas pelo protocolo de Manchester, e 16 consultas distribuídas entre atendimento a gestante, puericultura, hiperdia, adolescentes, idoso, saúde da mulher e visita domiciliar.

Uma vez por mês, na quarta feira, após o expediente das 16 horas é realizado o atendimento a saúde do trabalhador,

A auxiliar da saúde realiza vacinação, curativo, orientação sobre medicamentos, visita domiciliar, medicação injetável quando prescrita.

As agentes comunitárias de saúde fazem trabalho de campo cumprindo as normas do Ministério da Saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Há uma percentagem de 14,86 % da população com mais de 20 anos com risco cardiovascular aumentado no território do ESF Belvedere de Pará de Minas. Este foi um dos problemas diagnosticados também como prioridade 01 na Equipe ESF Belvedere

Vale lembrar que problema cardiovascular não é um problema local de Pará de Minas. É um problema de nível nacional, o que motiva o Ministério da Saúde estar sempre elaborando planos de ação para esse problema

Na Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde (NOAS/SUS), entre as ações estratégicas mínimas de responsabilidade dos Municípios, está o controle da hipertensão arterial, a ser desenvolvido por meio do diagnóstico de casos, no cadastramento de portadores, na busca ativa, no tratamento e nas ações educativas, figura como destaque na atenção básica (SOUZA, *et al*, 2006).

Salientando que além de tratamento medicamentoso, a mudança de hábitos comportamentais e alimentares é de extrema importância na eficiência desse controle pressórico. É necessário, um comprometimento por parte do paciente, ou seja, co-responsabilidade com seu tratamento, já que o mesmo é fundamental para o sucesso no tratamento.

Melo Neto (2006) faz um levantamento de estudos que apontam que diversas são as razões implicadas nas baixas taxas de controle da pressão arterial, tais como: o desconhecimento da condição de hipertenso, a não adesão ao tratamento pelo paciente, a não modificação no estilo de vida, a utilização inadequada dos fármacos, a terapêutica inadequada, incapaz de promover o controle da pressão arterial, os gastos econômicos relacionados ao tratamento, etc.

De acordo com a revisão de literatura feita é possível dizer que grande parte dos portadores de hipertensão arterial desconhece a enfermidade e que, quando diante do diagnóstico, a maioria não leva a sério o tratamento. Conforme dados apresentados pela Organização Pan-Americana de Saúde (2008), “apenas 50% daqueles que conhecem o diagnóstico, realiza o tratamento corretamente”.

A não adesão ao tratamento é um importante problema de saúde pública que tem um impacto significativo sobre os custos através de mudanças e de intensificações freqüentes de tratamentos, investigações adicionais, visitas de

emergências e internações evitáveis. Agregam-se a isso, as conseqüências sobre a saúde do indivíduo, principalmente dos portadores de doenças crônicas como a hipertensão arterial, o diabete as dislipidemias e outras (VIDAL, 2009).

A adesão por parte dos médicos às recomendações das diretrizes clínicas é outra ferramenta importante na qualidade do cuidado prestado, uma vez que se trata de documento formulado por especialistas a partir de evidências científicas, e que auxilia o médico na decisão tanto diagnóstica quanto terapêutica (MION JUNIOR; SATO; GUSMÃO, 2007).

Acredita-se que principalmente as pessoas deixam de aderir ao tratamento principalmente por falta de informação adequada sobre a doença. Além disso, a mudança de hábitos, que é fundamental para o sucesso do tratamento, ainda é uma opção distante aos hipertensos. Muitos até iniciam corretamente o tratamento, todavia desistem ou o faz pela metade, e não conforme o recomendado (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

É comprovado e lamentável dizer que, com freqüência, a hipertensão leva o paciente à invalidez parcial ou total, com graves repercussões para o paciente, sua família e da sociedade. Sendo assim, a prevenção tem sido o melhor remédio, a forma mais eficaz, barata e satisfatória de se tratar esses agravos.

O insucesso terapêutico pela não adesão e conseqüente descontinuidade do plano terapêutico tem sido a causa mais freqüente de hipertensão arterial resistente, sendo o fato confirmado no ESF BELVEDERE do município de Pará de Minas através de nossas observações.

São muitas as questões que rondam este tema. Contudo, o que nos interessa investigar é: qual o papel do portador de hipertensão arterial na melhoria de sua qualidade de vida? É possível desenvolver um trabalho de intervenção que desperte nessas pessoas a consciência de que é preciso levar a sério o tratamento? Enfim, que lugar a equipe de saúde deve ocupar diante dos inúmeros casos de hipertensão arterial?

O estudo pretende mostrar que cada caso deve ser estudado com cuidado, pois, apesar de muitas vezes as pessoas apresentarem os mesmos problemas de saúde, elas são seres únicos, com uma história de vida particular que se relacionam com o seu problema de maneira única e desvinculada de fórmulas prontas de sucesso.

3 – OBJETIVOS

A pesquisa tem como objetivo principal: apresentar, por meio de revisão bibliográfica pertinente, o problema “hipertensão arterial” e alguns de seus fatores de risco, além de descrever tal problema no ESF BELVEDERE de Pará de Minas.

A pesquisa tem como objetivos secundários:

- Oferecer subsídios para a continuidade de estudos nessa temática para a promoção e atenção à saúde;
- Determinar a relação entre hipertensão e fatores de risco comportamentais, sócio-demográficos e clínicos entre os indivíduos hipertensos;
- Conscientizar aos moradores do ESF BELVEDERE do município de Pará de Minas da importância do tratamento da enfermidade;
- Esclarecer as responsabilidades da equipe de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos hipertensos do local.

Para alcançarmos os objetivos desta pesquisa serão utilizadas como base as principais teorias pesquisadas sobre os assuntos relativos ao tema escolhido, no sentido de se encontrar soluções para as situações descritas.

4 – METODOLOGIA

Esta pesquisa constou de estudo nos quais os dados foram pesquisados em artigos e livros sobre o assunto tratado, bem como, dos dados constantes da Secretaria Municipal de Saúde (Vigilância Epidemiológica e SIAB, dados constantes do ESF BELVDERE fornecidos pela própria Unidade - Equipe de Saúde: Enfermeira, Agentes Comunitárias de Saúde e Auxiliar Administrativa).

Para coleta de dados foi realizado uma revisão da literatura nos bancos de dados *Scientific Electronic Libray Online* (SciELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) utilização de livros e revistas acadêmicos e internet em biblioteca virtual.

5 – BASES CONCEITUAIS

Segundo Porto (2005), a hipertensão arterial é uma síndrome que se caracteriza basicamente pelo aumento dos níveis pressóricos, tanto sistólico quanto diastólico. O autor reforça, ainda, a idéia de que se trata de uma enfermidade que merece bastante atenção e cuidados. Para ele, a hipertensão arterial é uma das mais importantes enfermidades do mundo moderno, pois, além de ser muito freqüente 10 a 20% da população adulta são portadores de hipertensão arterial, ela é a causa direta ou indireta de elevado número de óbitos, decorrentes de acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto do miocárdio. (PORTO, 2005, p. 487). Porto (2005) ressalta ainda que a hipertensão arterial aparece isoladamente em apenas 30% dos casos. Isso quer dizer que, na maioria das vezes, ela está associada a outras condições, denominadas fatores de risco, como dislipidemia, obesidade, sedentarismo e diabetes.

Observada como uma doença de alta prevalência, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) atinge a população adulta acima de 18 anos em cerca de até 20%, sendo que na população idosa esse número pode chegar a até 50%. Essa é uma das principais causas de morbi-mortalidade do mundo (NETO *et al*, 2006).

Hoje, a doença hipertensiva é tida um grande problema de saúde pública e quando não tratada adequadamente pode acometer outros órgãos e passar a ser associada a outras patologias, o que pode agravar ainda mais o quadro da doença (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Na Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde (NOAS/SUS), entre as ações estratégicas mínimas de responsabilidade dos Municípios, está o controle da hipertensão arterial, a ser desenvolvido por meio do diagnóstico de casos, no cadastramento de portadores, na busca ativa, no tratamento e nas ações educativas. (SOUZA, *et al*, 2006).

Alguns determinantes são importantes quando o tocante é o agravo da hipertensão, como os fatores sócio-demográficos, que contribuem para o agravo e prevalência da hipertensão e ainda, identificam a população que procura o serviço de saúde para prevenção e tratamento (NOBLAT, 2004).

Salientando que além de tratamento medicamentoso, a mudança de hábitos comportamentais e alimentares é de extrema importância na eficiência desse

controle pressórico, bem como, um comprometimento por parte do paciente (NOBLAT, 2004).

5.1 – A hipertensão arterial e seus fatores de risco

As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por mais de (dois) milhões de mortes a cada ano, em todo o mundo. Dados do Ministério da Saúde (2001) apontam que, na década de 80, mais precisamente no ano de 1988, quase 60% das mortes em todo o mundo foram provocadas por essas doenças. Outro dado lastimável indica que, em 2020, esse quadro pode se agravar, chegando a 73% das mortes provocadas pelas doenças crônicas não-transmissíveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Trata-se de uma epidemia moderna, em nível nacional e internacional. Ela tem se expandido mais, segundo levantamento do Ministério da Saúde, em populações pobres e desfavorecidas dos países em desenvolvimento. Esse fato pode ser comprovado já no ano de 1998, quando 77% das mortes atribuídas às doenças crônicas não-transmissíveis ocorreram nos países em desenvolvimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Nesse contexto, a hipertensão arterial aparece como uma das mais graves enfermidades entre as doenças crônicas não-transmissíveis, sendo responsável direta ou indiretamente por um elevado número de óbitos no mundo moderno.

O estudo de Melo Neto (2006) apresenta a hipertensão arterial como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares conforme apontam os estudos de Duncan *et al*, 1993 apud Melo Neto 2006 e que pode ocorrer associada a outros fatores de risco que são independentemente associados a doenças cardiovasculares como os fatores sócio-demográficos, comportamentais e clínicos.

Segundo Rolim (2005), estima-se que 30% da população brasileira acima de 40 anos possa ter a pressão arterial elevada. Trata-se de um dado preocupante, pois, tal enfermidade oferece riscos para o agravamento de outras doenças. Ainda segundo o autor (p.35), observa-se a transformação progressiva deste quadro num dos mais graves problemas de saúde pública, principalmente pela complexidade dos recursos necessários para seu controle e pelo impacto à saúde das populações, uma vez que oferece risco para a instalação ou agravamento de outras doenças.

De acordo com o documento “Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus”, de 2002, elaborado pelo Ministério da Saúde, a hipertensão arterial e o diabetes Mellitus representam dois dos principais fatores de risco das doenças cardiovasculares (principal causa de risco de mortalidade na população brasileira), contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário, em nível nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Este mesmo documento traz dados estatísticos que comprovam que a hipertensão afeta cerca de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Outro dado importante indica que aproximadamente 85% dos pacientes que sofreram de acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentaram hipertensão associada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O documento do Ministério da Saúde “Relatório Técnico da Campanha Nacional de Detecção de Suspeitos de Diabetes Mellitus”, de 2001, apresenta dados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), que comprovam que 40% das aposentadorias precoces do país são decorrentes do controle inadequado dos níveis de pressão arterial, que por sua vez acarretam graves complicações tais como a aterosclerose, o infarto do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica e a insuficiência cardíaca congestiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Só em 2001, tais complicações resultaram em um elevado índice de mortalidade de adultos, fato esse que pode ser comprovado por meio do Datasus (2001), que afirma que, nesse ano, 32% das mortes de adultos foram decorrentes desses agravos. O mesmo documento supracitado do Ministério da Saúde aponta que a hipertensão arterial é responsável por 60% dos casos de infarto do miocárdio e por 80% dos casos de acidente vascular encefálico (AVE) (DATASUS, 2001).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, dedicado à Hipertensão Arterial, do Ministério da Saúde, de 2006, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) vem a ser:

[...] um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana em combinação com o diabete, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA nº 15, p. 9, 2006).

A hipertensão arterial, conforme Porto (2005), é considerada uma síndrome que se caracteriza basicamente por aumento dos níveis pressóricos, tanto sistólico, quanto diastólico.

Para Neutel e Smith, 1999; Rondinelli e Moura-Neto (2003) citados por Faria (2007, p. 19), a hipertensão arterial (HAS) é um importante fator de risco independente para DCV (doença cardiovascular), sendo uma síndrome multifatorial, caracterizada por níveis tensionais elevados, que podem ser decorrentes de alterações metabólicas e hormonais.

A regulação da pressão sanguínea é um processo complexo influenciado por diversos sistemas fisiológicos, incluindo vários aspectos do funcionamento renal, transporte celular de íons e funcionamento cardíaco.

Em busca de novos conceitos a respeito da hipertensão arterial, deparamo-nos com a definição apresentada por SOUZA (1999). Para esse autor, a HAS é uma doença multifatorial e que possui curso assintomático e prolongado, sendo de detecção quase sempre tardia.

5.2 – Diagnóstico, avaliação e medidas da hipertensão arterial

Segundo Porto (2005), trata-se de uma enfermidade que vem atingindo uma parte significativa da população adulta, em todo o mundo. Tal enfermidade tem dado origem a um número elevado de óbitos, decorrentes de diversos fatores, tais como acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto do miocárdio; o autor afirma ainda, que a confirmação diagnóstica da hipertensão arterial deve ser efetuada com mais de uma tomada de pressão, em mais de uma ocasião. Para ele, um diagnóstico insatisfatório pode induzir à prescrição de terapêutica desnecessária ou prejudicial aos pacientes, considerando-se que qualquer número para se definir pressão normal ou elevada é arbitrário e toda classificação é defeituosa. Segundo o mesmo, faz-se necessário o estabelecimento de determinados valores, com o intuito de uma sistematização. Afirma ainda, que hoje se conhecem os valores dos níveis sistólico e diastólico como importantes fatores de risco para o aparelho cardiovascular e consideram-se para a definição de hipertensão arterial os níveis de pressão diastólica e sistólica.

No que se refere à investigação diagnóstica na hipertensão arterial, Porto (2005, p. 491) apresenta o seguinte roteiro como sugestão para tal. O roteiro proposto é o seguinte:

1º) Obedecer sempre às normas e as recomendações quanto à posição do paciente e ao tipo de manguito, realizando sempre duas mensurações da pressão arterial com intervalo mínimo de 5 minutos entre uma e outra. Se houver diferença significativa nesta avaliação inicial, repetir as mensurações 1 ou 2 dias depois.

2º) Sempre que possível, colocar o paciente em dieta hipossódica e sem uso de medicamentos anti-hipertensivos durante 1(uma) semana, para uma correta avaliação do grau de hipertensão (leve, moderada ou grave) e de forma evolutiva (benigna ou maligna).

3º) Com os dados clínicos - sexo, idade, sintomas e sinais e evolução - complementados por exames laboratoriais simples - exame de urina, dosagem de eletrólitos, creatinina e glicose - procurar indícios de enfermidade renal, endócrina ou vascular que possa ser a causa de hipertensão arterial.

4º) Avaliar as condições dos órgãos-alvo (coração, rins e cérebro), caracterizando a presença ou não de complicações.

5º) Feito o diagnóstico de hipertensão arterial, o médico deve interpretá-la, compreendendo o paciente como um todo, ou seja, jamais ficar restrito às cifras tensionais considerando que elas sintetizam tudo o que o paciente possa ter.

No que se refere à avaliação clínica da hipertensão arterial, o documento "Hipertensão e Diabetes", elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, em 2007, afirma que essa deve ser criteriosa, com a finalidade de promover a classificação, diagnosticar a etiologia, avaliar os fatores de risco cardiovascular, além de avaliar a presença ou não de doença em órgãos-alvo ou doença cardiovascular clínica.

A medida da pressão arterial, segundo esse mesmo documento, deve ser obrigatoriamente realizada em toda avaliação clínica de pacientes, de ambos os sexos, por médicos de todas as especialidades e pelos demais profissionais de saúde devidamente treinados.

Para essa finalidade, utiliza-se o método indireto, aquele com técnica auscultatória, com o esfigmomanômetro de coluna de mercúrio sendo o equipamento mais adequado. O aparelho aneróide deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada seis meses.

O documento em referência traz, ainda, outros dados extraídos do “V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão”, de 2006, relacionados à técnica para aferição da pressão arterial. Para o preparo do paciente recomenda-se:

- Repouso de pelo menos 5 minutos em ambiente calmo; evitar bexiga cheia;
- Não praticar exercícios físicos 60-90 minutos antes da aferição da pressão;
- Não ingerir bebidas alcoólicas, café ou alimentos;
- Não fumar até 30 minutos antes;
- Manter pernas descruzadas e os pés apoiados no chão, o dorso recostado na cadeira e relaxado
- Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito;
- Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal) apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido;
- Solicitar que o paciente não fale durante a medida.

Para uma maior segurança no que se refere à medida da pressão arterial, é indicado que sejam realizadas pelo menos três medidas de pressão com intervalo de um minuto entre elas e a média das duas últimas será tomada como a pressão arterial do indivíduo, não devendo essa ser ultrapassado quatro mmHg de diferença entre as medidas. Caso isso ocorra, torna-se necessária a realização de novas medidas, para a realização de um diagnóstico preciso e, para que não se incorra prejuízos ao possível portador dessa enfermidade.

O documento intitulado “VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial”, de 2010, elaborado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia em associação com especialistas de outras áreas da saúde, apresenta a seguinte classificação da pressão arterial.

Classificação da Pressão Arterial – Adultos Acima de 18 Anos (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010)

Pressão diastólica Pressão sistólica (mm Hg) Classificação

<80 <120 Ótima

<85 <130 Normal

85-89 /130-139 Limítrofe

90-99 /140-159 Hipertensão leve (estágio 1)

100-109 / 160-179 Hipertensão moderada (estágio 2)

≥110 ≥180 Hipertensão grave (estágio 3)

De acordo com os dados apresentados, são considerados portadores de hipertensão arterial, aqueles indivíduos que apresentam pressão diastólica acima de 90 mm Hg e sistólica acima de 140 mm Hg (acima de 18 anos). Essa mesma classificação pode ser vista no Caderno de Atenção Básica Nº 15, elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2006.

Segundo Porto (2005, p. 488), os níveis pressóricos, em determinadas pessoas, podem sofrer variações, para mais ou para menos, em curtos períodos de tempo, acarretando cifras acima dos valores normais. O autor acredita que os impactos emocionais podem ser fatores que desencadeiam esse transtorno e, ao mesmo tempo, afirma que, em muitas ocasiões, isto pode ocorrer sem que haja qualquer fator desencadeante.

Sobre essa questão, o autor assim se posiciona:

Em alguns pacientes, bastam fazer duas mensurações da pressão arterial, com intervalo de poucos minutos entre uma e outra, para se comprovarem diferenças significativas. A esta condição, denomina-se hipertensão arterial lábil. Seguramente a regulação da pressão arterial desses pacientes é diferente da dos que não apresentam tais variações tensionais, mas não se pode rotulá-los de hipertensos. (PORTO, 2005, p. 488)

Maciel (1994), em relação às causas da hipertensão arterial, assim se expressa: "É freqüente médicos e pacientes rotularem a doença hipertensiva de emocional e nervosa, evidenciando um reducionismo na atribuição das causas da hipertensão arterial. Tal fato poderia ser explicado pela inexistência de uma causa física identificável."

O Caderno de Atenção Básica, dedicado à Hipertensão Arterial, do Ministério da Saúde, 2006, mostra que é preciso levar em consideração no diagnóstico da hipertensão arterial, os níveis tensionais e também o risco cardiovascular global, que é estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesão nos órgãos-alvo, além de co-morbidades associadas.

Mesma preocupação é vista também no estudo de Porto (2005), ao se tratar da cautela que se deve ter ao rotular-se uma pessoa como hipertensa.

É preciso ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevada em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. (Caderno de Atenção Básica nº 15, p. 14, 2006).

Assim, percebe-se que a conduta correta, do ponto de vista diagnóstico, conforme Porto (2005), é fazerem-se avaliações periódicas, pois, com frequência, esses pacientes podem acabar desenvolvendo hipertensão arterial.

O estudo apresentado por Porto (2005) mostra que, dentre as várias classificações desta enfermidade, tem valor prático a que toma como referência as causas da hipertensão. O autor classifica a hipertensão em primária ou essencial e secundária. A pesquisa aqui presente não tem por finalidade descrever cada uma delas, mas considerou-se necessário apresentar um breve histórico de cada uma e seus diversos fatores de risco, conforme mostra esse autor.

A classificação segue da seguinte forma:

A) Primária ou essencial. É assim chamada quando não se consegue caracterizar sua etiologia, sendo dependente de diversos fatores, tais como traço hereditário, ingestão excessiva de sal, obesidade, estresse e uso de bebidas alcoólicas.

B) Secundária. Neste tipo de hipertensão arterial, o mecanismo patogênico é bem conhecido, sendo muitas vezes conseqüência direta da isquemia renal, a qual põe em ação o sistema renina-angiotensina-aldosterona, responsável pela regulação do fluxo arterial pelos rins:

a- Doenças renais: glomerulonefrite aguda e crônica, insuficiência renal, pielonefrite, rim policístico, uropatia obstrutiva, amiloidose, hidronefrose

b- Doenças endócrinas: doença de Cushing, hiperaldosteronismo primário, feocromocitoma, acromegalia

c- Doenças vasculares: coarctação da aorta, estenose da artéria renal;

d.-Toxemia gravídica;

e- Medicamentos: anticoncepcionais hormonais, anti inflamatórios esteróides e não-esteróides, descongestionantes nasais, anorexígenos, antidepressivos tricíclicos, ciclosporina

f- Outras causas: hipertensão intracraniana, intoxicação pelo chumbo, intoxicação por tálio, ingestão de grande quantidade de alcaçuz, neoplasia do ovário, do testículo e do cérebro (PORTO, 2005, p. 489)

Ainda segundo Porto (2005), quanto à evolução, a hipertensão arterial pode ser benigna ou maligna. A primeira evolui de forma lenta, apresentando níveis pressóricos pouco elevados, sem causar lesões em nível dos rins, do coração e do leito arteriolar, já a segunda, apresenta uma evolução bastante rápida, com cifras

tensionais muito elevadas e pressão diastólica acima de 140 mm Hg com grande frequência, ocasionando assim graves complicações dos rins, coração, cérebro e olhos. O autor ressalta ainda, que o valor prognóstico dos níveis tensionais pode ser pequeno, sendo mais importante a evolução e a presença de lesão em órgãos-alvo.

Jardim *et al*, (2007) revelam que estudos recentes apontam dados epidemiológicos brasileiros relativos ao risco cardiovascular ainda duvidosos. Isso porque, apesar desses dados já se mostrarem consistentes, partindo de estudos bem delineados e representativos, eles estão restritos a algumas regiões, o que acaba deixando dúvidas se as informações existentes podem representar o país como um todo.

5.3 – Fatores predisponentes da hipertensão arterial

Os estudos relativos às doenças crônicas não transmissíveis vêm apontando um crescimento epidêmico delas na maior parte dos países em desenvolvimento. São vários os determinantes desse crescimento. Dentre eles podemos citar um aumento na intensidade e na frequência da exposição aos principais fatores de risco para essas doenças; a mudança na pirâmide demográfica, com número maior de pessoas alcançando as idades em que essas doenças se manifestam com maior frequência e o aumento da longevidade com períodos mais longos de exposição aos fatores de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), os fatores de risco para ocorrência de HAS podem ser classificados como modificáveis ou não modificáveis. Dentre os não modificáveis estão a idade, o sexo e a história familiar. Já entre os modificáveis estão o consumo de bebida alcoólica, o tabagismo e o sedentarismo.

O documento da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, “Hipertensão e Diabetes”, de 2007, traz no seu bojo algumas abordagens dos fatores de risco relacionados à hipertensão arterial. Nesse espaço são apresentados os fatores não-modificáveis e os modificáveis. Eles são assim descritos pelo seguinte documento (p. 17):

Não-modificáveis:

- Hereditariedade: história familiar de Hipertensão Arterial;

- Idade: o envelhecimento aumenta o risco do desenvolvimento da hipertensão em ambos os sexos. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão arterial mais elevada para homens a partir dos 50 anos e para mulheres a partir dos 60 anos
- Raça: Nos Estados Unidos, estudos mostram que a raça negra é mais propensa à Hipertensão Arterial que a raça branca. No Brasil, não há confirmação dessa evidência.

Modificáveis:

- Sedentarismo: aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão arterial em relação aos indivíduos ativos, a atividade física regular reduz a pressão arterial;
- Tabagismo: o consumo de cigarros está associado ao aumento agudo da pressão arterial e a um maior risco de doenças cardiovasculares;
- Excesso de sal: o sal pode desencadear, agravar e manter a hipertensão;
- Bebida alcoólica: o uso abusivo de bebidas alcoólicas pode levar à hipertensão;
- Peso: a obesidade está associada ao aumento dos níveis pressóricos. Ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos para hipertensão arterial, sendo a obesidade um importante indicador de risco cardiovascular aumentado;
- Estresse: excesso de trabalho, angústia, preocupações e ansiedade podem ser responsáveis pela elevação aguda da pressão arterial.

O risco que a elevação da pressão arterial (PA) representa para o sistema cardiovascular e outros órgãos bem conhecidos, conforme Fuchs *et al* (1994). Esse autor desenvolveu um estudo na região urbana de Porto Alegre, visando avaliar a prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e sua associação a fatores biológicos, sócio- econômicos e de exposição ambiental. Os resultados desse estudo mostraram que a prevalência de HAS, em comparação aos dados oferecidos na década de 70, aumentou com a idade, em grande proporção nos obesos e naqueles com histórico familiar de hipertensão. Entre outros fatores, a prevalência de HAS aumentou também entre os de menor escolaridade e entre aqueles que faziam uso do álcool abusivamente.

Melo Neto (2006) faz um levantamento de estudos que apontam que diversas são as razões implicadas nas baixas taxas de controle da pressão arterial, tais como: o desconhecimento da condição de hipertenso, a não adesão ao

tratamento pelo paciente, a não modificação no estilo de vida, a utilização inadequada dos fármacos, a terapêutica inadequada, incapaz de promover o controle da pressão arterial, os gastos econômicos relacionados ao tratamento, etc.

De acordo com a revisão de literatura feita é possível dizer que grande parte dos portadores de hipertensão arterial desconhece a enfermidade e que, quando diante do diagnóstico, a maioria não leva a sério o tratamento.

Conforme dados apresentados pela Organização Pan-Americana de Saúde (2008), “apenas 50% daqueles que conhecem o diagnóstico, realiza o tratamento corretamente”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) inclui, na categoria “condições crônicas”, as doenças transmissíveis (HIV/AIDS) e não transmissíveis (cardiovasculares, câncer e diabetes) e incapacitantes estruturais (amputação, cegueira), pois define como pertencente a essa categoria os problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por período de vários anos ou décadas.

Mundialmente, a hipertensão arterial é a principal causa de mortalidade, seja por doença cardiovascular precoce ou ainda em casos de acidente vascular cerebral decorrente em especial pela falta de conhecimento sobre as doenças por parte dos pacientes acometidos. Desta maneira, há uma estimativa de que em 2025 haverá um aumento de 29% dos casos de hipertensão (LESSA *et al*, 2006).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde (BRASIL, MS, 2004) revelam que as doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de morte (27,8%), sendo que, entre elas, as doenças cerebrovasculares ocupam o primeiro lugar (31,8%), seguida das doenças isquêmicas do coração (30,3%). Na faixa etária de 20 a 69 anos, essas doenças foram responsáveis por 34 % do total de óbitos.

De acordo com dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia, citados por Barbosa *et al* (2010), a hipertensão é responsável por 40% de mortes devido a acidente vascular cerebral e ainda por 25% das mortes causadas por agravos cardiovasculares, fator que aumenta de maneira progressiva a partir de elevações da PA a índices superiores a 115/75 mmHg.

Os homens apresentam uma incidência mais alta da hipertensão quando adultos jovens e no início da meia-idade; daí para frente, as mulheres apresentam uma incidência mais alta. Geralmente a hipertensão arterial começa de forma insidiosa como uma doença benigna. Progredindo lentamente para um estado

maligno. Se não tratada, até mesmo os casos leves podem provocar complicações importantes e morte (LESSA, *et al*, 2006).

Também é possível que haja uma prevalência maior de hipertensos entre a população com menor poder aquisitivo, essa população ainda apresenta maior incidência de doenças cardiovasculares. Segundo Duncan (2002), existe também um maior índice de hipertensão entre os que moram na zona rural em relação aos que moram em áreas urbanas.

A crescente importância das doenças do aparelho circulatório no perfil epidemiológico da população brasileira, a partir da década de 1960, tem conduzido à proposição de documentos oficiais visando subsidiar a programação e implementação de atividades sistemáticas, com a finalidade de melhorar a saúde cardiovascular dos indivíduos. Nesse sentido, evidencia-se o controle da hipertensão arterial como importante condição para se evitar ocorrência dos agravos dessa natureza. (SOUZA, *et al*, 2006)

Na Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde (NOAS/SUS), entre as ações estratégicas mínimas de responsabilidade dos municípios. O controle da hipertensão arterial sistólica (HAS), a ser desenvolvido por meio do diagnóstico de casos, no cadastramento de portadores, na busca ativa, no tratamento e nas ações educativas, figura como destaque na atenção básica. (SOUZA, *et al*, 2006).

Cerca de 50% dos pacientes hipertensos participam de programas de tratamento e controle da pressão, todavia somente 30% têm a pressão arterial (PA) em níveis considerados normais. A dificuldade está no fato de a hipertensão ser uma doença silenciosa, até o aparecimento de suas complicações e os efeitos colaterais advindos do tratamento (MOCHEL *et al*, 2006)

Cerca de 20 milhões de pessoas com idade superior a 20 anos são portadores de hipertensão, o que corresponde entre 15 a 20% da população adulta no Brasil. Entre os fatores predisponentes estão a idade, sexo e raça, sendo que na população idosa a prevalência é maior, chegando a atingir cerca de 70% dessa população. Em mulheres acima de 75 anos as taxas podem atingir até 80% (NETO *et al*, 2006).

Dentre os fatores de risco, pode-se dizer que os principais incluem hereditariedade, idade, o gênero, o grupo étnico, o nível de escolaridade, o status sócio-econômico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais

orais, o que colabora com o agravamento de doenças cardiovasculares, contribuindo ainda mais para a possibilidade de uso de medicamentos para controlar as alterações pressóricas (ZAINUTE *et al*, 2006).

Apesar de haver muito ainda, a ser esclarecido sobre os determinantes das doenças não-transmissíveis, vários fatores de risco susceptíveis a ações preventivas já estão bem definidos, entre eles: fumo, hipertensão, obesidade, sedentarismo e ingestão de álcool.

Dada a alta fração etiológica atribuível a esses fatores em vários países, estão em andamento ou em fase de montagem, programas nacionais de prevenção, visando à redução de suas prevalências e conseqüentemente, do risco de doenças não transmissíveis. (DUNCAN *et al*, 1993)

Independente da faixa etária, juntamente com outros fatores de riscos, tais como dislipidemia, tabagismo, diabetes, obesidade e hipertrofia ventricular esquerda, a hipertensão se destaca como principal fator de risco para doenças cardiovasculares incluindo a doença arterial coronariana (DAC). A associação destes fatores eleva o potencial de risco (FILHO E NETTO, 2006).

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), os fatores de risco para a hipertensão arterial (HAS) são:

Idade: quanto maior a idade, maior a prevalência de ser acometido pela hipertensão.

Gênero e etnia: um estudo mostrou que entre as brasileiras negras a uma predominância de HAS com relação às mulheres brancas.

Excesso de peso e obesidade: na população jovem com excesso de peso é possível observar um grande número de hipertensos, e durante a vida adulta o ganho de peso pode contribuir para o aparecimento ou agravamento do problema. Já com as pessoas obesas a hipertensão sempre está presente.

Ingestão de sal: a população brasileira possui uma ingestão de sal acima do recomendado, e como o sal é rico em sódio esse hábito interfere diretamente no aumento da PA (pressão arterial).

Ingestão de álcool: quando usado por tempo prolongado, a ingestão de bebida alcoólica pode contribuir para o aumento da PA (pressão arterial) e ainda levar a mortalidade por agravos cardiovasculares.

Sedentarismo: a prática de atividade física, mesmo entre pessoas pré-hipertensos diminui a ocorrência de hipertensão, além de prevenir os riscos para doenças cardiovasculares.

Fatores sócio econômicos: ocorrência maior entre a classe de menor escolaridade.

Genética e outros fatores cardiovasculares: existe na população a predisposição genética e os hábitos familiares contribuem para esse o agravo da hipertensão. As complicações referentes à hipertensão também é vigente e pode ser observada em maior parte em homens do que em mulheres, diferença essa que diminui entre a população idosa, sendo que entre mulheres na idade da menopausa os riscos para doenças cardiovasculares aumentam (NOBLAT, 2004).

As complicações são principalmente por referência a uma não adaptação ao tratamento proposto. Segundo Andrade *et al* (2002), durante o primeiro ano de tratamento medicamento em torno de 16 a 50% dos pacientes deixam de segui-lo ou ainda o faz de maneira inadequada

As doenças cardiovasculares são consideradas as principais complicações envolvendo os hipertensos, sendo que cerca de 25% dos infartos nessa população poderiam ser evitados se o tratamento fosse realizado de maneira adequada (TOSCANO, 2004).

Como em qualquer patologia, o tratamento tem como finalidade a redução dos riscos inerentes a doença diminuindo possíveis agravos clínicos. Fator que nos hipertensos, torna-se difícil a avaliação, visto que, a doença é silenciosa. Portanto, só é possível contabilizar o sucesso no tratamento devido a diminuição ou não de agravos cardiovasculares na população (MOCHEL *et al*, 2007).

O tratamento medicamentoso associado ao não medicamentoso objetiva a redução da PA para valores inferiores a 140mmHg de pressão sistólica e 90mmHg de pressão diastólica, respeitando as características individuais, a presença de doenças ou condições associadas, ou características peculiares, e a qualidade de vida dos pacientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006).

O uso de medicamentos tem sua indicação para os hipertensos com quadros moderados a graves ou ainda para aqueles que possuem doenças cardiovasculares ou apresentem risco.

O uso adequado de medicamentos diminui os riscos de morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares, além de melhorar e aumentar a sobrevida do hipertenso tendo como desfecho principal manter os níveis pressóricos

abaixo de 140/90 mmHg, a associação com tratamento não medicamentoso também é importante nesse controle (MOCHEL *et al*, 2007).

Acredita-se que as pessoas deixam de aderir ao tratamento principalmente por falta de informação adequada sobre a doença. Além disso, a mudança de hábitos, que é fundamental para o sucesso do tratamento, ainda é uma opção distante aos hipertensos. Muitos até iniciam corretamente o tratamento, todavia desistem ou o faz pela metade, e não conforme o recomendado (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Para hipertensos com quadro leve, normalmente o tratamento inclui somente um tipo de medicamento geralmente de uso oral com menor ingestão diária. Quando necessário as doses são reguladas, seguindo o acompanhamento correto da PA (Níveis pressóricos).

Todavia, há pacientes que não respondem com uso de apenas um medicamento, desta maneira é realizada uma associação de medicamentos na intenção de manter o controle pressórico. Essa associação pode incluir não somente anti hipertensivos, mas também de outras classes de medicamentos como por exemplo, o uso de diuréticos tiazídicos, bloqueadores dos canais de cálcio, beta-bloqueadores e inibidores da enzima conversora da angiotensina. De modo geral, a atenção deve estar voltada para cada paciente e suas particularidades, levando em consideração para o tratamento a idade e a resposta para cada tipo de medicamento (MOCHEL *et al*, 2007).

Como de modo geral, a maioria dos hipertensos também sofrem com a obesidade e problemas como diabetes é comum que esses pacientes tenham que fazer uso de pelo menos três tipos diferentes de medicamentos incluindo o anti hipertensivo, um hipoglicemiante, um anti adesivo plaquetário, além de medicamento para hipercolesterolemia (LOPES *et al*, 2003).

6 – PASSOS DE IDENTIFICAÇÃO, PRIORIZAÇÃO, DESCRIÇÃO, EXPLICAÇÃO DOS PROBLEMAS E DESCRIÇÃO DO NÓ CRÍTICO

6.1 – Primeiro Passo - Identificação dos problemas

6.1.1 Dados para o diagnóstico situacional

Os dados foram conseguidos no SIAB, CNES, por meio de entrevistas com informantes-chaves e observação ativa e com Equipe de Saúde do bairro Belvedere.

Para realização deste diagnóstico foi constituída por uma equipe formada por profissionais da Equipe de Saúde da Família, moradores, comunidade em geral, e também pelo auxílio da Vigilância Epidemiológica (Maria de Lourdes-Lurdinha). Coordenador de Atenção Básica Alisson Soares, Secretário de Saúde Cleber Faria da Silva.

6.1.2 Nós críticos gerais encontrados no ESF Belvedere

- Há uma grande porcentagem de jovens que não trabalham e são dependentes químicos que gera muita violência na comunidade;
- Há uma porcentagem significativa de usuários que têm plano de saúde (Convênios) que criam resistência a utilizar os serviços do SUS devido a imagem negativa deste serviço a nível nacional, embora as agentes de saúde orientem sobre cuidados, vacinação, controle e prevenção de doenças;

6.1.3 Sugestões para melhoria dos nós críticos em geral

- Contratar auxiliar administrativo para melhor atendimento à demanda no horário de pico;
- Implantação da Saúde bucal na Unidade de Saúde;
- Disponibilizar uma agenda com mais consultas e procedimentos para atendimento médico principalmente na especialidade de oftalmologia, ortopedia, cardiologia, neurologia, angiologia, e psiquiatria, entre outras;
- Maior segurança, inclusive com aumento do efetivo policial;
- Praça de lazer com academias de saúde;
- Conscientizar a comunidade sobre a necessidade de conservar, cuidar do patrimônio adquirido;
- Verbas para melhoria e ampliação da unidade de Saúde (ESF Belvedere);
- Ampliar o Projeto Estação da Vila, do morador José Oscar, que prioriza o apoio a criança carente, de segunda a sexta-feira, com atividade recreativa e alimentação;

- Apoiar o projeto Bola de Gude que realiza atendimento a crianças e adolescentes fora do horário escolar com dança, futebol entre outros;
- Conscientizar a comunidade sobre a cultura da demanda para consulta curativa em detrimento a cultura preventiva;
- Diante dos nós críticos foi realizada uma programação para grupos de adolescentes, grupo de saúde mental e sobre drogas, grupo de hipertensão, diabetes sobrepeso, gestação, cuidados do recém nascido, violência, planejamento familiar e DST (Doença sexualmente transmissível) - Equipe de Saúde em conjunto com o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família);
- Construção de Creche;
- Um dos nós críticos foi também romper com rotina de prescrever medicamentos “controlados” sem avaliar o paciente. Mantido preceito e norma da conduta ética do Conselho Federal de Medicina que determina que a prescrição ou qualquer ato médico só pode ocorrer na presença do paciente e após a sua avaliação (consulta médica). Depois de muita resistência, os pacientes entenderam que esta ação é um respeito ao paciente, dando-lhe oportunidade de estar sendo reavaliado a cada 60 dias ou 90 dias conforme sua patologia. Esta conduta era realizada pelas agentes de saúde que faziam a receita e o médico assinava. Com isso, detectou um número exacerbado de medicamentos que muitas vezes o paciente nem tomava, ou, era prescrito em baixa dosagem, alta dosagem ou alguns eram trazidos para unidade pelos usuários, pois não utilizavam e já estavam vencidos.

6.2 – Priorização dos problemas

O problema diagnosticado do ESF Belvedere do Município de Pará de Minas de acordo com os dados do SIAB, DATASUS, Secretaria Municipal de Saúde Vigilância Sanitária, e da Equipe de Saúde:

- Hipertensão arterial
- Violência
- Diabetes
- Gravidez na adolescência

A hipertensão arterial foi considerada com o maior grau de prioridade.

6.3 – Descrição do problema selecionado

Há uma percentagem de 14,86 % da população com mais de 20 anos com risco cardiovascular aumentado no território do ESF Belvedere de Pará de Minas. Este foi um dos problemas diagnosticados também como Prioridade 01 na Equipe ESF Belvedere entre os problemas de violência, gravidez na adolescência, mortalidade infantil e diabetes.

6.4 – Explicação do problema selecionado

Frisamos que como não há diagnóstico situacional do ESF Belvedere, este também, foi um nó crítico que nossa Equipe teve que lidar.

Estamos realizando neste trabalho, o diagnóstico situacional, que servirá de base para vários planos de ação para melhoria da Atenção Básica de Saúde nesta comunidade.

Reafirmamos que o diagnóstico deve ser alimentado com informações, avaliação e monitoramento das ações que desenvolvem a Equipe.

Compreende-se monitoramento como parte do processo avaliativo que envolve coleta, processamento e análise sistemática e periódica de informações e indicadores de saúde selecionados com objetivo de observar se as atividades e ações estão sendo executadas conforme o planejado e estão tendo os resultados esperados (BRASIL.2006, p. 20).

Descritores do problema foram difíceis de serem relatados pois as agentes de saúde não tinham conhecimento sobre a pesquisa de itens como número de tabagismo, sobrepeso, portadores de dislipidemias, portanto não foram cadastrados

Entretanto, pelo consolidado do mês de fevereiro podemos observar alta incidência de patologias cardiovasculares, que possibilitou a caracterização do problema, que poderá ser útil na definição das ações que a Equipe deverá desenvolver para o seu enfrentamento, para organização da sua agenda e para monitoramento e avaliação da eficácia das intervenções propostas.

Hipertensão

Doença silenciosa, previna-se.



6.5– Plano Operativo para nó crítico priorizado (Hipertensão Arterial)

6.5.1 – Saúde:

Modificar hábitos de vida

Diminuir o número de sedentários, obesos e tabagistas em um ano

Programa de caminhada orientada, campanha educativa na rádio local

Responsável: Fisioterapia Dra. Glaucia, Educador Físico

Prazo 03 meses para o início das atividades

Situação atual: Em planejamento

6.5.2 – Viver melhor:

Aumentar a oferta de empregos,

Fomentar a cultura da paz

Diminuição do desemprego e violência

Usina de reciclagem: reativar produção de sabão caseiro que já existia no município, artesanatos, horta comunitária,

Apresentar o projeto para apoio da comunidade

Responsável: Agentes Comunitários de Saúde Maria e Denise

Prazo: Apresentar o projeto em três meses e 06 meses para começar

Situação atual: Em planejamento

6.5.3 - Saber mais:

Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares

Campanha educativa na rádio local

Programa de saúde escolar

Capacitação dos agentes de saúde e dos cuidadores

Responsável: Agentes Comunitários de Saúde Flávia e Marília

Prazo: Início em 06 meses e término em 12 meses

Situação atual: Em planejamento

6.5.4 - Cuidar melhor:

Adequação de oferta de consultas, exames e medicamentos definidos nos protocolos considerando a meta de 80% de cobertura

Equipamento da rede, contratação de compra de exames e medicamentos e consultas especializadas

Responsável: Enfermeira Valéria e auxiliar administrativa Dora, Stela, Roseni.

Prazo: 04 meses para apresentação do projeto 09 meses para os recursos e 06 meses para compra de equipamento. Início em 06 meses

Situação atual: Em planejamento

6.5.5 - Linha de cuidado:

Cobertura de 80% da população com risco cardiovascular aumentado

Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada

Protocolos implantados de recursos humanos capacitados, regulação implantada, gestão da linha de cuidado implantada

Responsável: Coordenadora de ABS Enfermeira Valéria, Stela, Roseni

Prazo: Início em 03 meses e finalização em 12 meses

Situação atual: Em planejamento

7 – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O Ministério da Saúde propõe três estratégias para o tratamento da HAS (Hipertensão arterial): educação, modificação dos hábitos de vida e, se necessário, medicamentos. Portanto, é fundamental a conscientização do paciente hipertenso na adesão ao tratamento terapêutico indicado, a fim de controlar os níveis pressóricos e adquirir boa qualidade de vida (BRASIL, 2001).

Vários fatores podem influenciar na não adesão ao tratamento como: os pacientes não tomam a medicação por esquecimento, envolvimento de fatores emocionais, impossibilidade de acesso a aos medicamentos. Muitos não acreditam que o tratamento seja necessário ou irá ajudar na recuperação; geralmente apresentam dificuldade de organizar a ingestão de várias medicações em um mesmo dia e em horários diferentes; não compreendem as doses prescritas de cada remédio o que gera confusão sobre quando e como tomar medicamentos (PASCOA; SANTOS, 2012; MENDES; EMMERICK; LUIZA, 2014).

Gimenes, Zanetti e Haas (2009) relacionam outros fatores que interferem na adesão ao tratamento medicamentoso, como dificuldade de acesso ao medicamento, relação equipe de saúde-paciente, esquema terapêutico, questões subjetivas dos pacientes e em relação à própria doença. Tudo isto mostra a complexidade de fatores que contribuem, principalmente nos casos de doenças crônicas, para que a pessoa não adere à proposta terapêutica

Estudo realizado por Mendes *et al* (2014) evidencia que a estrutura e organização do serviço de saúde , bem como a qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde influenciam significativamente a motivação do paciente na adesão ao tratamento medicamentoso

Oliveira *et al* (2013) enfocam que as ações educativas, realizadas em grupos, constituem uma ferramenta expressiva na aquisição de novos hábitos e adesão ao tratamento proposto, reforçando a relevância dessas estratégias na educação em saúde

Segundo Leite e Vasconcelos (2003) a confiança que o paciente deposita na equipe constitui um dos fatores decisivos para a sua adesão ao tratamento.

Atitudes adotadas pelos profissionais de saúde, como linguagem popular, demonstração de respeito pelas suas crenças e atendimento acolhedor, desencadeiam uma confiança maior nestes, resultando em uma melhoria da adesão terapêutica do doente. Quando houver essa confiança, o indivíduo terá maior disposição para dialogar sobre seus medos e sua visão de mundo, o que facilitará na construção deste vínculo importante (CARVALHO, 2011, p.20)

O presente estudo justifica-se pela necessidade relevante de resolver o problema de frequentes recorrências do quadro de hipertensão arterial.

Por meio de observações no local, detectamos que apesar de serem oferecidos medicamentos prescritos por médicos, a co-participação do NASF através de nutricionista e educador físico, grupos operativos sobre hipertensão arterial, equipe empenhada na humanização e resolutividade, ainda assim, pacientes não respondiam as condutas adotadas com quadros de agudização e internações

Com este plano de intervenção espera-se que possa contribuir para diminuição de reincidência dos quadros de hipertensão arterial e sua agudização, bem como, o aumento do índice de adesão ao tratamento proposto

Segundo uma pesquisa realizada por Strelec *et al* (2003), a educação em saúde é fator importante para o sucesso do tratamento hipertensivo, desta maneira é percebido que há uma orientação por parte dos profissionais de saúde seja pelo tratamento medicamentoso ou não.

É importante salientar a esses pacientes que qualquer mudança comportamental será colaborativa com o tratamento em aspectos gerais. Realizar uma dieta pobre em carboidratos associada a exercícios físicos de carga moderada já colabora com o emagrecimento do paciente e qualquer diminuição no peso favorece a diminuição dos índices da pressão arterial, colaborando para o controle hipertensivo (LOPES *et al*, 2003).

Para tanto esse trabalho foi desenvolvido com o objetivo de identificar entre os portadores da doença hipertensiva algumas características que os levam a se afastar do tratamento, assim como orientá-los para que compreendam que na busca por uma vida saudável e adesão total ao tratamento proposto é que conseguiram amenizar os riscos da hipertensão.

Responsabilidade da equipe de saúde. Segundo o documento da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, "Hipertensão e Diabetes", de 2007, a Equipe de Saúde da Família deve atuar de forma integrada e com competências bem estabelecidas, na abordagem da hipertensão e do diabetes

Responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica para o controle da hipertensão e do diabetes:

- Investigação em usuários com fatores de risco
- Cadastramento dos portadores
- Alimentação e análise dos sistemas de informação
- Busca ativa de casos
- Visita domiciliar
- Tratamento dos casos
- Acompanhamento ambulatorial e domiciliar
- Educação terapêutica
- Fornecimento de medicamentos
- Curativos
- Monitorização dos níveis de pressóricos e de glicose do paciente
- Realização de exame dos níveis pressóricos pelas unidades de saúde
- Diagnóstico precoce de complicações
- Realização ou referência laboratorial para apoio ao diagnóstico de complicações
- Realização ou referência para ECG no atendimento de urgência
- Atendimento às complicações agudas e outras intercorrências
- Acompanhamento domiciliar
- Encaminhamento de casos graves para outro nível de complexidade
- Agendamento do próximo atendimento
- Ações educativas sobre condições de risco
- Ações educativas para prevenção de complicações
- Controle da PA (pressão arterial), da glicemia

Fonte: Documento da Secretaria de Estado de Saúde, “Hipertensão e Diabetes”, de 2007.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, organizado pelo Ministério da Saúde, em 2006, dedicado à hipertensão arterial sistêmica, os profissionais de saúde têm importância primordial nas estratégias de controle dessa enfermidade, tanto na definição do diagnóstico clínico quanto na conduta terapêutica e também nos esforços requeridos para informar e educar o portador de hipertensão arterial.

É necessário também ter-se em mente que, uma das batalhas mais árduas que os profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso, é a de mantê-lo motivado em não abandonar o tratamento.

No que tange à remoção de fatores de risco, o documento “Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus”, elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2001, acredita que essa é uma tarefa de competência da equipe de saúde na prevenção da HA (hipertensão arterial) e suas complicações. O tabagismo, a obesidade, o sedentarismo, o consumo de sal, e de bebidas alcoólicas devem ser controlados e o estímulo a uma alimentação saudável deve ser feito.

De acordo com o mesmo documento, a equipe de saúde deve:

- Realizar campanhas educativas periódicas, abordando os fatores de risco para HA (hipertensão arterial);
- Programar, periodicamente, atividades de lazer individual e comunitário;
- Reafirmar a importância dessas medidas para as populações de indivíduos situados no grupo normal-limítrofe na classificação de HA;
- Estimular a criação dos grupos de hipertensos com o objetivo de facilitar a adesão ao tratamento proposto.

Seguem as informações sobre os componentes da equipe de saúde e algumas de suas funções, conforme descritas no documento acima:

Agente comunitário de saúde:

Deve esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção; rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa; encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão; verificar se os pacientes hipertensos estão tomando a medicação corretamente, além de alertar para a dieta e atividades físicas; fazer registros em fichas, etc.

Auxiliar de enfermagem:

Verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde; orientar a comunidade sobre a importância das mudanças comportamentais; alertar a

comunidade quanto aos fatores de risco da hipertensão arterial; agendar consultas; cuidar dos equipamentos, controlar os estoques dos medicamentos, etc.

Enfermeiro:

Capacitar os auxiliares de enfermagem; realizar consultas de enfermagem; desenvolver atividades educativas de promoção de saúde, etc.

Médico:

Realizar consulta para confirmação diagnóstica e avaliação dos fatores de risco; solicitar exames complementares; prescrever tratamento medicamentoso: quando necessário, tomar a decisão terapêutica, etc.

Equipe multiprofissional:

É de fundamental importância a abordagem multiprofissional no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos, educadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde. Como a HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) é uma síndrome clínica multifatorial, contar com a contribuição da equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é procedimento desejável sempre que possível.

8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão é um grande agravante para que os pacientes tenham complicações, sendo elas principalmente cardiovasculares, no entanto, essa é uma doença silenciosa e que boa parte da população portadora dessa patologia ainda não foi diagnosticada.

Como se pode observar, a hipertensão arterial é uma enfermidade que merece atenção e cuidado. Muitos estudos já se debruçaram sobre ela em busca de alternativas de solução, mas ainda há um longo caminho a percorrer, dada a sua complexidade. Fazem-se então necessários novos estudos voltados para essa temática, com a finalidade de garantir uma melhoria na qualidade de vida dos hipertensos.

Em alguns casos, é observado que o paciente portador de hipertensão arterial também possui outras doenças associadas como o diabetes e a dislipidemia e possui como agravante quadro de obesidade.

O tratamento de Hipertensão Arterial com uso de medicamento anti hipertensivo tem como objetivo principal o controle da morbi-mortalidade, para tanto, é necessário que ocorra a adesão e aceitação por parte dos pacientes hipertensos, além de conhecimento sobre a doença que o acomete.

Na intenção de manter os níveis pressóricos são prescritos medicamentos que auxiliarão no tratamento. Dependendo do quadro geral do paciente pode haver até uma associação de medicamentos.

A Hipertensão arterial é uma doença complexa, que demanda um esforço conjunto e organizado de toda a Equipe de profissionais de saúde. A modificação do processo de trabalho na equipe de saúde, com cadastramento dos pacientes, agendamento de consultas direcionadas à abordagem da hipertensão e os grupos operacionais, possibilitando um atendimento mais eficiente e maior conscientização dos pacientes sobre a sua própria doença. Além disso, monitorização dos resultados obtidos, com intervenções, reflexão e planejamento de novas ações visando a continua melhoria no atendimento aos pacientes.

No entanto, se faz necessário, a compreensão dos próprios pacientes hipertensos, da responsabilidade de sua própria doença e do seu correto tratamento, visto que, o tratamento, em alguns casos se refere apenas à mudança de hábitos alimentares e controle frequente de seus níveis pressóricos. Todavia, em casos mais

graves, além da mudança de hábitos alimentares inclui o uso de medicamentos e a prática de exercícios físicos regulares na tentativa de controlar os valores da pressão e mantê-los dentro do considerado normal.

Boa parte da população segue corretamente o tratamento proposto, mas a sua maioria, tem dificuldades para seguir o que lhe foi indicado o que pode provocar um aumento súbito da pressão arterial, levando esse paciente a atendimento emergencial ou ainda internação devido à hipertensão.

Nesse trabalho, evidenciou-se que vários fatores contribuem para a não adesão do paciente ao tratamento. Esta situação merece um olhar cuidadoso da equipe de saúde no sentido de mudar esta realidade

Espera-se que este trabalho possa contribuir para a diminuição da reincidência de complicações da hipertensão arterial, aumentando o índice de adesão ao tratamento proposto e conseqüentemente uma melhoria na qualidade de vida dos mesmos.

Desta maneira, se faz necessário, que a cada consulta para acompanhamento da hipertensão arterial sejam feitas novas recomendações com relação ao tratamento, além de revisar se o que foi proposto anteriormente está sendo seguido de maneira correta.

Acompanhar também, se está havendo perda de peso, é importante para saber se o paciente realmente está cumprindo a meta de realizar exercício físico regularmente.

Sendo assim, é possível notar que sem o comprometimento por parte desses pacientes, é difícil conseguir sucesso no tratamento proposto e ainda diminuir neles os riscos decorrentes desta patologia. Faz-se, então, necessário o acompanhamento médico multiprofissional periódico para manter um plano educacional no controle hipertensivo.

Ação conjunta entre a Equipe Multiprofissional de Saúde (Médico, Enfermeiro, Auxiliar Administrativo, Agentes Comunitário de Saúde, Auxiliar de Serviços Gerais, NASF (Psicologia, Fisioterapia, Nutricionista, Educador Físico), Gestores, bem como a conscientização do próprio paciente de que ele o autor, protagonista e sujeito do seu próprio tratamento, podem juntos, modificar este paradigma.

Paciente como co-responsável pelo seu próprio tratamento pode fazer a diferença na regularização dos níveis pressóricos, na redução das complicações, e na estabilização da doença com melhor prognóstico de vida.

Uma proposta de intervenção se faz necessária para controle da doença e prevenção de outras co-morbididades. Realizar um acompanhamento do paciente, avaliar o plano de intervenção e concluir, junto a Equipe, formas de melhoria é um processo contínuo.

Trabalhando em oficinas de capacitação da Equipe para receber usuários que apresentem fatores de risco, desenvolvendo programa para acompanhamento destes fatores, como tabagismo, uso abusivo de álcool, obesidade.

Construção de uma consciência coletiva, como também atuar no sentido de melhorar as condições de saúde, com hábitos mais saudáveis, trabalhando em parceria para que se chegue a uma melhor qualidade de vida com pessoas mais saudáveis e com maior longevidade, bem como, melhoria do atendimento, e na criação de vínculo entre Equipe-paciente, na continuidade e responsabilidade pelo cuidado.

Nós enquanto Equipe, temos como meta, avaliar interesses, desejos, intenções além daqueles explicitados desenvolvendo no paciente o auto cuidado e autonomia. "Tecnologia do encontro" que se constrói no cotidiano (BRASIL, 2007) garantindo a resolutividade.

Portanto, para obter a meta de melhorar Hipertensão arterial realizamos consultas agendadas, grupos operativos, visita domiciliares, reuniões informativas, oficinas educativas, atendimento a paciente que requerem cuidados especiais, criação de rede de solidariedade.

9 REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. P. *et al.* Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v. 79, n. 4, Salvador, 2002.

BARBOSA, M. A. *et al.* Efeitos do Acompanhamento de Hipertensos em um Grupo de Caminhada por Acadêmicos de Enfermagem. ENCICLOPÉDIA BIOSFERA, Centro Científico Conhecer, v.6, n.9, Goiânia, 2010.

BRASIL . Ministério da Saúde. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia – v.88, Suplemento I, Abril 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de Reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: MS, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ação Básica. Caderno de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS e diabetes mellitus: protocolo. Brasília, 2001.

DUNCAN, B.B.; FOPPA, M. Tópicos de epidemiologia clínica para o tratamento de hipertensão arterial. Revista Brasileira de Hipertensão, v. 9, n. 1, Rio de Janeiro, 2002.

FILHO, C. T. E.; NETTO P. M.. Geriatria fundamentos, clínica e terapêutica. 2ª ed., Ed. Atheneu, São Paulo, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pará de Minas. Disponível em: www.ibge.gov.br Acesso em: 13 mai. 2015.

LESSA, I. *et al.* Hipertensão Arterial na População Adulta de Salvador (BA) – Brasil. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v. 87, n. 6, 2006.

MOCHEL, E. G. *et al.* Avaliação do Tratamento e Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica em Pacientes da Rede Pública em São Luíz (MA). Revista Baiana de Saúde Pública, v. 31, n. 7, Salvador, Jan/Jun, 2007.

NETO, L. B. D.*et al.* Diagnóstico de enfermagem identificado em pacientes atendidos na liga de hipertensão do hospital universitário. Revista do Hospital Universitário/UFMA , v. 7, n. 1, Jan/Jun, 2006.

NOBLANT, A. C. B. *et al.*Complicações da Hipertensão Arterial em Homens e Mulheres Atendidos em um Ambulatório de Referência. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 83, n. 4, Salvador, Out., 2004.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 5, São Paulo, 2003.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS. Dados sobre o município de Pará de Minas, 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARÁ DE MINAS. Dados sobre o setor de saúde do município de Pará de Minas, 2015.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10ª Ed, v. 2, Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.

STRELEC, M. A. A. M., PIERIN, A. M. G., MION JUNIOR, D. A Influência do Conhecimento sobre a Doença e a Atitude Frente à Tomada dos Remédios no Controle da Hipertensão Arterial. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v. 81, n. 4, São Paulo, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo, SP. 2006.

SOUZA, L. J. *et al.* Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos. *Arquivo Endocrinológico de Metabolismo*, v. 47, n. 6, Rio de Janeiro, 2003.

TOSCANA, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.9, n.4, Rio de Janeiro, Out./Dez. 2004.

ZAITUNE, M. P. A. *et al.* Hipertensão arterial em idosos: prevalência dos fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v.22, n.2, Rio de Janeiro, fev. 2006.