

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

LESTER SULET SALFRANT

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A  
PREVALÊNCIA DE HIPERTENSOS DESCOMPENSADOS COM  
EXCESSO DE PESO.**

Juiz de Fora / Minas Gerais

2016

LESTER SULET SALFRANT

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A  
PREVALÊNCIA DE HIPERTENSOS DESCOMPENSADOS COM  
EXCESSO DE PESO.**

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

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Fernanda Piana Santos  
Lima de Oliveira.

Juiz de Fora / Minas Gerais

2016

**LESTER SULET SALFRANT**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A  
PREVALÊNCIA DE HIPERTENSOS DESCOMPENSADOS COM  
EXCESSO DE PESO.**

Banca examinadora

Profa. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira – Orientadora- UFMG

Prof. Kátia Ferreira Costa Campos – Examinadora - EEUFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: \_\_\_/\_\_\_/2016

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde no Brasil e no mundo, responsável por inúmeras complicações cerebrovasculares, oftalmológicas, cardiovasculares, renais, e vasculares periféricas. A elevada quantidade de pacientes hipertensos descompensados, com excesso de peso na população que participa nos grupos de pacientes com hipertensão arterial sistêmica (GHAS), motivou à equipe de saúde de Bela Vista de São João Del Rei (SJDR) em Minas Gerais (MG) a desenhar uma proposta de intervenção com o objetivo de diminuir a sua prevalência. A proposta foi desenhada tendo em conta que o excesso de peso é o fator de risco modificável mais importante da HAS além de ser objetivo e medível matematicamente. As ações sugeridas são capazes de agir positivamente sobre índice de massa corporal (IMC) elevado e sobre outros fatores de risco como o estresse, o sedentarismo, a falta de exercício físico, e hábito alimentar inadequado. A importância deste trabalho consiste em que nunca antes na área de abrangência da equipe de Bela Vista tinha-se realizado um estudo contextualizado sobre prevalência de hipertensos descompensados com excesso de peso nem se tinham proposto ações para compensá-los. Os métodos utilizados foram planejamento estratégico situacional, o método de análise documental e o método estatístico de análise porcentual.

**Palavras chaves:** Atenção Primária à Saúde. Fatores de Risco. Prevalência. Hipertensão Arterial.

## ABSTRACT

Hypertension is a major health problem in Brazil and worldwide. It is the cause of numerous Cerebrovascular, ophthalmic, cardiovascular, renal, and peripheral vascular complications. The high amount of decompensated hypertensive patients with overweight in the population participating in groups of patients with systemic hypertension (GHAS) led the health team of Bela Vista in São João Del Rei (SJDR) in Minas Gerais (MG) to draw a proposal for communitarian intervention in order to reduce their prevalence. The proposal was designed taking into account that excess weight is the most important modifiable risk factor of hypertension, besides being objective and mathematically measurable. The suggested actions are able to act positively on high BMI and on other risk factors such as stress, sedentary lifestyle, lack of exercise, poor eating habits and toxic habits. The significance of this work is that never before in the coverage area of Bela Vista team had been carried out a contextualized study on the prevalence of hypertensive decompensated overweight or had any researcher proposed actions to compensate them. The methods used were situational strategic planning, document analysis method and the statistical method of percentage analysis.

**Key words:** Primary Health Care, Risk Factors, Prevalence, Hypertension

## LISTA DE TABELAS E QUADROS

<b>Tabela 1:</b> Classificação da HAS para maiores de 18 anos.....	16
<b>Tabela 2:</b> Classificação do estado nutricional para adultos (20 a 60 anos).....	19
<b>Tabela 3:</b> Classificação do estado nutricional para Idosos (acima de 60 anos).....	19
<b>Tabela 4:</b> Modificações de estilo de vida para manejo da HAS.....	20
<b>Quadro 1:</b> Nó crítico “Insuficiente conhecimento dos pacientes hipertensos sobre sua doença”.....	22
<b>Quadro 2:</b> Nó crítico “Excesso de peso dos pacientes hipertensos”.....	24

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis.
ESF	Equipe de Saúde da Família.
GHAS	Grupos de pacientes com hipertensão arterial sistêmica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
IMC	Índice de massa corporal.
MG	Minas Gerais.
PA	Pressão Arterial
SJDR	São João Del Rei.

## SUMARIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>12</b>
<b>3. OBJETIVO.....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>14</b>
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>16</b>
<b>5.1 Diagnostico da hipertensão arterial sistêmica.....</b>	<b>16</b>
<b>5.2 Fatores de risco.....</b>	<b>17</b>
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>22</b>
<b>6.1 Identificação do problema.....</b>	<b>22</b>
<b>6.2 Seleção dos “Nós críticos” .....</b>	<b>22</b>
<b>6.3 Propostas das ações, desenho das operações e elaboração da proposta de intervenção .....</b>	<b>22</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>



## 1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em especial a hipertensão arterial e o diabetes representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas (BRASIL, 2012).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) está associada a fatores de exposição não modificáveis, como idade, hereditariedade, sexo e etnia/raça, e a fatores modificáveis, como clínicos, comportamentais e nutricionais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO /SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006; FREITAS, 2006). Obviamente, estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem desses fatores modificáveis, que reduzirão o risco de exposição, trazendo benefícios individuais e coletivos para a prevenção da HAS e redução da carga de doenças crônicas. (BRASIL, 2011).

A área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) de Bela Vista, na qual será desenvolvida a proposta, apresenta uma população total de 3355 habitantes com 2732 pessoas maiores de 20 anos. Até o momento se detectaram 438 hipertensos maiores de 20 anos, o que representa um 16.03% da população pertencente a esta faixa etária. Dados do DATASUS (2010) informam que a prevalência da HAS em MG é 20% da população acima de 20 anos de idade podendo existir um sub-registro de pacientes hipertensos.

A área de abrangência do ESF Bela Vista não está isenta deste problema e se caracteriza pela incidência de múltiplos fatores que afetam negativamente sua qualidade de vida; principalmente, fatores de índole socioeconômicos; tais como gravidez na adolescência, consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas, violência, insuficientes condições para uma recreação adequada, predomínio de DCNT, desemprego, pessoas em idade de jubilação que não recebem pensão.

Os fatores de risco que mais afetam a saúde da população são hábitos alimentares inadequados, o estresse mantido, o sedentarismo, a não realização de exercício físico. Estas características da população incidem diretamente na prevalência das doenças não transmissíveis como a HAS, o DM, a hiperlipidemia e o excesso de peso. A equipe decidiu priorizar o estudo dos pacientes com HAS descompensada por ter esta uma elevada morbimortalidade na área.

Em Bela Vista estão formados os grupos de pacientes com hipertensão arterial sistêmica (GHAS), onde participam 144 hipertensos dos quais 44 tiveram valores recorrentes de PA acima de 140/90 mmHg nos últimos três meses (PA aferida uma vez por mês) o que representa o 30.55% do total de hipertensos dos grupos. Destes descompensados, 34 têm excesso de peso, o que representa o 77.27% do total de hipertensos descompensados.

Embora a assistência médica abranja o 100% da população hipertensa (438), a população e a amostra da investigação estão constituídas respectivamente pelos 34 hipertensos descompensados com excesso de peso que participam nos GHAS, dos quais 19 são mulheres e 15 são homens; 8 estão entre 50-60 anos e 26 maiores de 60 anos. É precisamente o excesso de peso o fator de risco sobre o qual será possível incidir de maneira objetiva para compensar os hipertensos dos GHAS. As ações propostas influirão também nos outros fatores de risco de HAS que não se controlam com a mesma objetividade.

O objeto de estudo deste trabalho é a hipertensão arterial e o campo de estudo os hipertensos com excesso de peso na área da abrangência da ESF de Bela Vista. O problema a resolver é como desenhar uma proposta de intervenção para diminuir a prevalência de pacientes hipertensos descompensados com excesso de peso que participam nos grupos de hipertensos na área de abrangência do ESF “Bela Vista”?

O objetivo deste trabalho é desenhar uma proposta de intervenção para diminuir a prevalência de pacientes hipertensos descompensados com excesso de peso que participam nos grupos de hipertensos na área de abrangência do ESF “Bela Vista”, do município São João Del Rei.

O estudo de Boaventura (2007, p. 383) demonstrou que:

a perda de peso, mesmo na presença de ingestão elevada e constante de sódio, resulta na queda da pressão arterial, no melhor controle de alterações metabólicas, frequentes no paciente hipertenso, e na redução da hipertrofia cardíaca.

A importância deste trabalho se deve ao fato de que nunca, antes na área de abrangência da equipe de Bela Vista, tinha-se realizado um estudo

contextualizado sobre prevalência de hipertensos descompensados com excesso de peso nem se tinham proposto ações para compensá-los.

## 2 JUSTIFICATIVA

Nos países em desenvolvimento, atualmente há um consenso sobre a importância da adoção precoce de hábitos de vida saudáveis para a prevenção de problemas de saúde. Todos os países concordam em colocar em prática programas de educação sanitária, com objetivo de prevenir doenças e complicações mediante modificações nos comportamentos humanos, destacando-se a ESF enquanto importante estratégia de atenção à saúde (CABRERA *et al.*,2004).

A Atenção Primária à Saúde e principalmente as Equipes de Saúde da Família (ESF) têm importância primordial no controle de pacientes com hipertensão arterial, na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, nos esforços requeridos para informar e educar o paciente sobre sua doença. É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em permanecer no tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que os profissionais de saúde enfrentam.

É mais complicada a situação quando o paciente hipertenso apresenta outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada. A HAS é um problema de saúde pública por ser responsável por inúmeras complicações cerebrovasculares, oftalmológicas, cardiovasculares, renais, e vasculares periféricas, afetando a qualidade de vida das pessoas na comunidade. Por isso as ações propostas pretendem impactar a consciência do paciente possibilitando sua adesão ao tratamento.

Escolhe-se o tema pelo elevado número de pacientes com HAS descompensada na sua maioria com IMC maior ou igual a 25 kg/m<sup>2</sup> que são acompanhados pela ESF Bela Vista do município SJDR/MG. Segundo dados dos registros do ESF, são 438 o total de pacientes hipertensos diagnosticados da área, que representam o 16.03% da população maior de 20 anos. Dos 144 hipertensos que regularmente participam nos GHAS da área, 44 resultaram com valores recorrentes acima de 140/90 mmhg nos últimos três meses, dados registrados em seus prontuários e cartão de hipertenso. Esta cifra representa o 30.55% do total que participam regularmente nos GHAS. Chamou a atenção da

esquipe de saúde que 34 destes apresentam IMC maior ou igual a 25 kg/m<sup>2</sup>, para um 77.27% do total de hipertensos descompensados. O excesso de peso é fator de risco modificável mais importante da HAS (AMADO, 2004; MOREIRA, 2013).

As ações serão dirigidas aos pacientes hipertensos com excesso de peso dos GHAS já que sua participação nestes viabiliza o controle e acompanhamento das atividades propostas e dos resultados. Portanto é preciso elaborar uma proposta de intervenção para diminuir a prevalência de hipertensos descompensados com excesso de peso na área de abrangência da equipe de Bela Vista.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 Objetivo geral**

Desenhar uma proposta de intervenção para diminuir a prevalência de pacientes com HAS descompensada com excesso de peso que participam nos GHAS na área de abrangência da ESF Bela Vista do município São João Del Rei.

#### **4 METODOLOGIA**

Para a elaboração desta proposta de intervenção foi realizada busca na Biblioteca Virtual do NESCON e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com a finalidade de elaborar a contextualização teórica do tema, sendo incluídos estudos em espanhol e português dos últimos onze anos, e do total encontrado, foram selecionados, pelo autor, aqueles que poderiam auxiliar na elaboração do plano.

O diagnóstico situacional da ESF Bela Vista de 2014 aportou os dados demográficos desta área de saúde. Após a análise foi aplicado o método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), o qual decisivo para delimitar o problema, os nós críticos, o objetivo, os atores, os recursos, as ações, e o cronograma da intervenção que podem incidir na diminuição da quantidade de hipertensos descompensados.

O método análise documental foi utilizado para extrair e interpretar dados de fontes secundárias e o método estatístico de análise porcentual para realizar cálculos que permitam uma visão matemática do estado real dos hipertensos com excesso de peso que participam nos grupos. Os descritores que utilizados nesse trabalho foram: Atenção Primária à Saúde, Fatores de Risco, Prevalência, Hipertensão Arterial.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica

Segundo Brasil (2013, p 31):

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90 mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três.

Quando a pressão sistólica e a diastólica situam-se em categorias diferentes a maior deve ser utilizada para a classificação da PA. A tabela a seguir traz a classificação da HAS para maiores de 18 anos de idade.

Tabela 1. Classificação da HAS para maiores de 18 anos.

<b>Categoria</b>	<b>Sistólica</b>	<b>Diastólica</b>
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal alta	130-139	85-89
<b>Hipertensão Arterial</b>		
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	160-179	100-109
Estágio 3	>180	>110
Hipertensão Sistólica Isolada	>139 mmHg	<90 mmHg

Fonte: Diretrizes brasileiras de hipertensão (2010).

A HAS é uma síndrome multifatorial considerada um problema de saúde mundial e, o Brasil, não está isento deste flagelo e apresenta uma elevada taxa de morbimortalidade. A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular (isquêmica e hemorrágica), retinopatia hipertensiva, complicações cardíacas (hipertrofia do ventrículo esquerdo o que favorece a aparição de arritmias, angina, infarto e insuficiência cardíaca), doença renal aguda e crônica, doença arterial periférica (aneurismas periféricos, úlceras hipertensivas (MARTIN, *et al.* 2004)



Segundo a coordenadoria da rede estadual de hipertensão e diabetes em 2013, o Estado de Minas Gerais tem um número estimado de 2.732.309 pacientes hipertensos o que representa o 20% da população acima de 20 anos. Constitui a segunda causa de doença renal crônica e diálise após a nefropatia diabética no Brasil (BARTOLOTTI, 2008).

## **5.2 Fatores de risco**

Para fundamentar a proposta de intervenção com a finalidade diminuir a prevalência de pacientes hipertensos com excesso de peso descompensados que participam nos grupos de hipertensos na área de abrangência do ESF “Bela Vista”, do município SJDR, tem sido necessário revisar a literatura científica atualizada sobre a hipertensão arterial, seus fatores de risco, a melhor maneira de educar o paciente de forma continuada que contribua a manter os índices normais de pressão arterial.

Uma razão básica para a individualização da conduta terapêutica da HAS e da avaliação dos resultados da aplicação da proposta radica na observância dos fatores de risco não modificáveis herança, sexo, idade, e raça já que podem arrojar variação de um indivíduo a outro. Então a equipe fez ênfase nos fatores de risco modificáveis como dieta inadequada, sedentarismo e inatividade física, excesso de peso, e estresse, mesmo que estes dependem da motivação, a perseverança e a vontade do paciente de contribuir com seu tratamento.

O hábito alimentar inadequado rico em gorduras saturadas, carboidratos e sódio e escasso em frutas e vegetais favorece o desenvolvimento da HAS. Por ser a amostra estudada representada principalmente por idosos, requer de particular importância o estudo da alimentação, devido às modificações do organismo com a idade que podem alterar as necessidades nutricionais e o estado nutricional. Por exemplo, digestões mais lentas, dificuldade para mastigar, diminuição da sensibilidade gustativa e olfatória. (BRASIL, 2006).

A falta de exercício físico é outro fator de risco modificável já que a prática sistemática deste contribui no controle da pressão arterial ao agir diretamente na mesma sobre outros fatores como o estresse, o excesso de peso corporal, sensibiliza a glicose pelo músculo, controle de colesterol e triglicérides. O exercício físico deve ser grupal para a manutenção da motivação e guiado pelo

especialista em cultura física levando em consideração as doenças crônicas, as deficiências sensoriais e as limitações funcionais dos pacientes (BRASIL, 2014, p. 57).

Para garantir o efeito esperado do exercício físico sobre a pressão arterial, a frequência recomendada é de 3 a 5 vezes por semana, pelo menos 30 minutos por dia, com o grau de intensidade de acordo com a adaptação fisiológica do indivíduo. Logo após uma sessão de exercício aeróbio, como a caminhada, acontece uma redução média da pressão arterial da ordem de 5 a 7 mmHg, (efeito conhecido como hipotensão pós-exercício), podendo perdurar por até 22 horas, independente da intensidade da atividade. Cronicamente, a redução média da pressão arterial é da ordem de 5,8 – 7,4mmHg (BASTER-BROOKS, 2005 *apud* BRASIL, 2013, p. 100).

O estresse mantido favorece a produção excessiva de hormônios adrenais e, portanto aumento da pressão arterial. Estes pacientes se caracterizam por agir aos menores estímulos, comportam-se com elevado sentido de urgência no tempo e de ambição, e com frequência são agressivos, hostis e compulsivos. Terapias de relaxamento e técnicas de controle de estresse, como por exemplo a meditação, podem ser utilizadas mesmo quando ainda não há um controle da pressão arterial mostrando ter efeito hipotensor (DICKINSON *et al.* 2008, *apud* BRASIL, 2013, p. 100).

Entende-se excesso de peso o IMC do paciente acima da normalidade e inclui o sobrepeso e a obesidade. O excesso de peso acompanha-se com maior frequência de HAS e se calcula que a prevalência desta é 50% maior em pacientes com excesso de peso que nos que têm peso normal (GODERICH, 2002, p. 341).

Nesta proposta, este fator de risco não foi avaliado só em termos de peso absoluto, a distribuição da gordura corporal foi levada em conta já que especificamente a obesidade superior (abdominal, androide, central) cursa com maior risco de HAS e risco cardiovascular que a obesidade inferior (ginecoide, periférica, femoroglutea).

O excesso de peso é o fator de risco modificável de melhor avaliação e controle; estimando-se que por cada 1kg de peso reduzido o paciente diminui de 1.3-1.6 mmHg (GODERICH, 2002, p. 358). De acordo com Brasil (2013) a redução do peso a valores normais de IMC diminui a PA entre 5-20 mmHg

convertendo-se no fator de risco modificável mais importante da HAS. Além disso, o controle do peso está muito relacionado com outros fatores de risco da HAS, de difícil avaliação e controle pela equipe de saúde como o sedentarismo, a inatividade física, o hábito alimentar errado, e o estresse. Estes variam desde o caráter subjetivo do estresse até a veracidade do paciente relacionado no cumprimento da dieta e a prática de exercício físico. A diminuição do IMC é objetiva, medível matematicamente, e nos orienta em quanto à execução das ações propostas.

Aguiar (2006) em seu trabalho de intervenção nutricional no tratamento da HAS, concluiu que a perda ponderal foi um fator mais importante do que o peso em si na diminuição da PA em obesos. O que favorece um dos objetivos específicos deste trabalho de diminuir o IMC dos pacientes mais do que atingir neles, valores normais de IMC. Neste mesmo trabalho, o autor alegou que a maior perda de peso ocorreu nos primeiros três meses após a intervenção nutricional, que pode ser usada comparativamente com os resultados obtidos ao pôr em prática esta proposta de intervenção.

As duas tabelas a seguir trazem a classificação do estado nutricional para adultos e idosos respectivamente.

Tabela 2. Classificação do estado nutricional para adultos (20 a 60 anos)

Índice Antropométrico	Ponto de corte	Classificação do estado nutricional
IMC	<18,5 kg/m <sup>2</sup>	Baixo peso
	≥18,5 e <25 kg/m <sup>2</sup>	Eutrófico
	≥25 e <30 kg/m <sup>2</sup>	Sobrepeso
	≥30 e <35 kg/m <sup>2</sup>	Obesidade I
	≥35 e <40 kg/m <sup>2</sup>	Obesidade II
	≥40 kg/m <sup>2</sup>	Obesidade III

Fonte: BRASIL, 2014, p. 37.

Tabela 3. Classificação do estado nutricional para Idosos (acima de 60 anos)

Índice Antropométrico	Ponto de corte	Classificação do estado nutricional
-----------------------	----------------	-------------------------------------

IMC	$\leq 22 \text{ kg/m}^2$	Baixo peso
	$> 22 \text{ e } < 27 \text{ kg/m}^2$	Eutrófico
	$\geq 27 \text{ kg/m}^2$	Sobrepeso

Fonte: BRASIL, 2014, p. 54.

As modificações do estilo de vida como a manutenção do peso corporal em valores normais, hábitos alimentares adequados, prática regular de exercícios físicos, redução da ingestão de sódio e de bebidas alcoólicas, redução do estresse e abandono do tabagismo têm demonstrado seu efeito na diminuição da PA, possuem um baixo custo, aumentam a eficácia do tratamento medicamentoso precisando de menores doses e medicamento e menor número de fármacos (SEGA *et al.*, 2005 *apud* BRASIL, 2013, p. 38). A tabela a seguir mostra o impacto de algumas mudanças do estilo de vida na redução da PA.

Tabela 4. Modificações de estilo de vida para manejo da HAS.

<b>Modificação Recomendação</b>	<b>Recomendação</b>	<b>Redução da PA em mmHg</b>
Redução de peso	Manter IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m <sup>2</sup>	5 a 20
Alimentação saudável	Rica em frutas e vegetais. Pobre em gordura total e saturada.	8 a 14
Atividade física	Atividade aeróbica, por 30 minutos pelo menos, na maioria dos dias da semana.	4 a 9
Moderação no consumo de álcool	É aconselhável evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Quando não for possível, recomenda-se que consumo de álcool não ultrapasse 30ml de etanol/dia (90ml de destilados, ou 300ml de vinho ou 720ml de cerveja), para homens e, 15ml de etanol/dia para mulheres e indivíduos de	2 a 4

	baixo peso.	
--	-------------	--

**Fonte: (Adaptado de VII Joint CHOBANIAN *et al.*, 2003).**

A educação continuada é um pilar importante no processo de involucrar o paciente hipertenso com excesso de peso em melhorar sua qualidade de vida. As ações educativas desta proposta de intervenção estão destinadas a proporcionar as ferramentas necessárias para que o paciente conheça os aspectos principais da HAS: valores normais, fatores de risco e como modificá-los, possíveis complicações. Tendo estas ferramentas, o paciente consciente e responsabilmente pode, de forma independente, controlar a doença, o qual não implica renunciar o acompanhamento da equipe; senão, por exemplo, considerar uma prioridade ter um esfigmomanômetro na casa, manter um estilo de vida saudável.

Rodrigues (2011) realizou um trabalho de intervenção educativa para o controle de pacientes hipertensos durante 12 meses. Os resultados no final do estudo mostraram a importância não só de informar e orientar os pacientes hipertensos, mais também a responsabilidade da equipe de vigiar o cumprimento do tratamento, o que forma parte da atividade educativa.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Identificação do problema

Foi identificada um número elevado de pacientes hipertensos descompensados com excesso de peso participantes nos grupos de hipertensos na área de abrangência da ESF “Bela Vista”, do município de São João Del Rei.

### 6.2 Seleção dos “Nós críticos”

Os “nós críticos” selecionados foram: a falta de capacitação dos hipertensos descompensados com excesso de peso e a necessidade da redução do IMC dos mesmos.

### 6.3 Propostas das ações, desenho das operações e elaboração do plano de ação

Para isso se decidiu capacitar os pacientes pelo insuficiente conhecimento sobre sua doença e ações para diminuir seu excesso de peso por ser o fator de risco modificável mais importante da HAS. O IMC é o indicador que permite uma avaliação mais objetiva, medível matematicamente, e nos orienta em quanto ao cumprimento dos propósitos das ações. A continuação se apresenta a proposta em detalhes.

Quadro 1-Nó crítico “Insuficiente conhecimento dos pacientes hipertensos sobre sua doença”

Objetivo da intervenção: Capacitar os hipertensos descompensados com excesso de peso que participam nos GHAS na área de abrangência da ESF Bela Vista do município SJDR, 2016.

<b>Nó crítico 1</b>	Insuficiente conhecimento dos pacientes hipertensos sobre sua doença
<b>Operação</b>	Capacitação dos hipertensos descompensados com excesso de peso que participam dos GHAS
<b>Projeto</b>	“Conhecer para viver”
<b>Resultados esperados</b>	Hipertensos capacitados para cooperar no controle da doença.
<b>Produtos</b>	Mudança no estilo de vida que diminuirá a HAS.

<b>esperados</b>	
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médico e enfermeira da ESF, ACS, especialistas da área (nutricionista, licenciado em educação física, psicóloga, psiquiatra), pacientes dos GHAS.
<b>Recursos necessários</b>	<b>Cognitivos:</b> Sobre o controle de fatores de risco e conhecer as complicações da HAS. <b>Organizacionais:</b> -Mobilização dos pacientes hipertensos para os temas educativos: palestras, vídeos, testemunhas etc. -Mobilização dos especialistas da área. <b>Financeiros:</b> Para recursos audiovisuais, materiais educativos impressos.
<b>Recursos críticos</b>	Financeiros: materiais educativos impressos. Organizacionais: mobilização dos pacientes hipertensos e dos especialistas da área.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla Organizacional: -ACS para a mobilização dos pacientes hipertensos com excesso de peso dos GHAS. -Secretaria de Saúde dos para a mobilização dos especialistas da área. Financeiros: Secretaria de saúde do município para os materiais educativos impressos. Motivação: Favorável, boa viabilidade.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Não precisa
<b>Responsáveis:</b>	<b>Médico do ESF:</b> Porque tem que realizar as palestras. <b>ACSs:</b> Porque têm que mobilizar os pacientes para as palestras e avaliar a assistência, a pontualidade e a participação. <b>Especialistas da área:</b> Porque serão convidados aos temas educativos, se quiserem podem participar e aportar opiniões sobre o tema. Será o primeiro encontro com os pacientes que posteriormente serão encaminhados a sua consulta.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Geral: Junho-Outubro 2016 Redução do Peso: Junho 2016 Alimentação Saudável: Julho 2016 Promoção da atividade Física: Agosto 2016 Diminuição do Estresse: Setembro 2016
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Redução do peso: Acompanhada pela enfermeira chefe do ESF e avaliada pela nutricionista da área. Alimentação Saudável: Acompanhada pela enfermeira

	<p>chefa do ESF e avaliada pela nutricionista da área.</p> <p>Atividade Física: Acompanhada pela enfermeira chefe do ESF e avaliada pelo Licenciado em Educação Física da área.</p> <p>Diminuição do Estresse: Acompanhada pela enfermeira chefe do ESF e avaliada pela Psicóloga da ESF.</p> <p>Ao final de cada tema o especialista correspondente dará uma valoração integral da atividade.</p> <p>Ao final do tema educativo de diminuição do estresse todos os pacientes serão encaminhados para psicologia.</p>
--	---

Fonte: próprio autor (2016).

Quadro 2 - Nó crítico “Excesso de peso dos pacientes hipertensos”

Objetivo da intervenção: Diminuir o IMC dos pacientes hipertensos com excesso de peso na área de abrangência da ESF Bela Vista do município SJDR, 2016.

<b>Nó crítico 2</b>	Excesso de peso dos pacientes hipertensos
<b>Operação</b>	Diminuição do IMC dos pacientes hipertensos com excesso de peso
<b>Projeto</b>	“Peso adequado pior inimigo da HAS”.
<b>Resultados esperados</b>	Pacientes hipertensos com diminuição do IMC.
<b>Produtos esperados</b>	Pacientes hipertensos compensados com IMC normal ou próximo à normalidade.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médico e enfermeira da ESF, ACS, especialistas da área (nutricionista, licenciado em educação física), pacientes dos GHAS
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: Mobilização dos pacientes hipertensos com excesso de peso para assistirem às consultas especializadas. Mobilização dos especialistas a colaborar com os objetivos propostos.
<b>Recursos críticos</b>	Organizacional: Mobilização dos pacientes hipertensos. Mobilização dos especialistas da área.
<b>Controle dos</b>	Ator que controla



<b>recursos críticos / Viabilidade</b>	Organizacional: -ACS para a mobilização dos pacientes hipertensos com excesso de peso dos GHAS. -Secretaria de Saúde facilitará as condições (tempo e espaço) aos especialistas da área para a realização do acompanhamento. Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Não precisa
<b>Responsáveis:</b>	<b>ACSs:</b> Porque mobilizarão os pacientes e garantirão a assistência e a participação destes nas consultas especializadas. <b>Especialistas da área:</b> Porque garantirão o atendimento especializado. <b>Médico e enfermeira do ESF</b> Porque farão uma valoração mensal das mudanças no IMC e no estilo de vida do paciente em consulta individualizada. Além disso o médico receberá informação escrita emitida pelo especialista sobre o paciente (contrarreferencia).
<b>Cronograma / Prazo</b>	Geral: Junho-Outubro 2016 Encaminhamento para nutricionista da área: Junho 2016 Encaminhamento para o licenciado em educação física da área: Agosto 2016 Agendamento individual, mensal e programado das consultas para valoração das modificações no IMC e no estilo de vida do paciente: Julho a Novembro 2016
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Ao final dos temas educativos <i>Redução do peso e Promoção da atividade física</i> , os pacientes serão encaminhados para o especialista correspondente. Encaminhamento para nutricionista da área: com o

	<p>propósito de oferecer aos pacientes uma dieta que lhes permita diminuir o IMC.</p> <p>Encaminhamento para o licenciado em cultura física da área: com o propósito de incorporar os pacientes ao clube de exercício físico.</p>
--	---

**Fonte: próprio autor (2016).**

Para o sucesso da proposta é necessário que o médico trabalhe em relação multidisciplinar com os especialistas da comunidade aos quais serão encaminhados os pacientes. Isto requer o cumprimento do mecanismo de contrarreferência que possibilitará uma adequada retroalimentação ESPECIALISTA-ESF para, se necessário, modificar condutas em relação ao desenvolvimento do paciente.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta investigação tem propiciado que a equipe de saúde da família de Bela Vista conheça as necessidades reais dos pacientes hipertensos dos GHAS; o que tem permitido desenhar uma proposta de intervenção objetiva encaminhada a diminuir a prevalência dos descompensados, fazendo ênfases na redução do excesso de peso como fator de risco mais importante e em outros fatores de risco modificáveis como o estresse, o sedentarismo, a falta de exercício físico, o hábito alimentar inadequado. A equipe cresceu em organização, e capacidade de planejamento no trabalho perspectivo que, ao ser realizado, melhorará a qualidade de vida dos pacientes hipertensos e reduzirá as complicações agudas e crônicas da HAS.

A experiência do autor no trabalho com a população estudada mostra que muitos dos pacientes desconhecem até, os valores a partir do qual a PA começa ser alta, muito menos sabem quais são as complicações agudas ou crônicas e o que fazer para melhorar a qualidade de vida agindo sobre os fatores de risco.

A concepção do trabalho multidisciplinar fornecerá um enfoque holístico ao tratamento do paciente hipertenso, pois se levará em conta seu estado biopsicossocial atual e futuro. Por conseguinte é preciso considerar a urgência da aplicação desta proposta e generalizá-la na área para incluir aos hipertensos descompensados que não participam nos GHAS.

Outra consideração importante é que os atores responsáveis apresentam uma ótima motivação para garantir os recursos críticos.

Sem pretender minimizar o valor das concepções que regem a investigação científica, a experiência pessoal e profissional deste autor lhe permite afirmar que a fé em Deus produz uma disposição favorável para assumir os problemas da vida, o que contribui na diminuição do estresse.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, O. B. *et al.* Contribuição da intervenção nutricional no tratamento da hipertensão arterial: experiência de uma equipe interdisciplinar. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 1, n. 4, p. 119-131, 2006.

AMADO, T.C.F. *et al.*; Hipertensão Arterial no idoso e Fatores de Risco Associados. **Rev. Bras. Nutr. Clin.** v.2, n.19, [S.l.], 2004.

BARTOLOTTO, L. A. Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. **RevBrasHipertens** v.15. n.3, p.152-155, 2008.

BASTER, T.; BASTER-BROOKS, C. Exercise and hypertension. **Australian Family Physician**, [S.l.], v. 34,n. 6, p. 419-424, jun. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica 19. **Envelhecimento e Saúde de Pessoa Idosa**. 1 ed. Brasília 2006. p. 31-34.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)**. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica 37. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica**. Hipertensão Arterial. 1 ed. Brasília 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica 38. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica**. **Obesidade**. 1 ed. Brasília 2014.

BOAVENTURA, G. A. Prevalência de hipertensão arterial e presença de excesso de peso em pacientes atendidos em um ambulatório universitário de nutrição na cidade de São Carlos. **Alim. Nutr.**, Araraquara v.18, n.4, p. 381-385, 2007

CABRERA, C.E. *et al.* Impacto de la educación participativa en el índice de masa corporal y glicemia en individuos obesos con diabetes tipo 2. **Cad. Saude Publica**; v. 20, n.1, 2004.

CAMPOS, F.C.C., FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Elaboração do plano de ação. Planejamento e avaliação das ações em saúde**.2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

CHOBANIAN, A. V. *et al.* The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 report. **JAMA**, [S.l.], v. 289, p. 2560-2572, dez. 2003.

DATASUS. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde**. [Banco de dados na internet]. Brasil, Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 05 de Maio 2010.

DICKINSON, H. O. *et al.* Relaxation the rapies for the management of primary hypertension in adults. **Cochrane Database Syst. Rev.**, v. 1, 2008.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, supl.1, p.1-53, 2010.

FREITAS, S.N. **Fatores nutricionais e hipertensão arterial na população urbana de Ouro Preto (MG) [tese]**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina; 2006.

GODERICH, R. R. *et al.* **Temas de medicina interna**. 4<sup>ta</sup> ed. Ed. Pueblo y Educación. Vol. I, n. 5. La Habana. 2002.

MARTIN, J.F. V. *et al.* Perfil de crise hipertensiva: prevalência e apresentação clínica. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 83, n. 2, p. 125-130, 2004.

MOREIRA, N. F. *et al.* Obesidade: principal fator de risco para hipertensão arterial sistêmica em adolescentes brasileiros participantes de um estudo de coorte. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 57, n. 7, p. 520-526, 2013.

RODRIGUES, P. M. Atividade de intervenção educativa no controle da pressão arterial de hipertensos: estudo randomizado. Guarulhos, 2011.

SEGA, R. *et al.* Prognostic value of ambulatory and home blood pressures compared with office blood pressure in the general population: follow-up results from the Pressioni Arteriose Monitorate e Loro Associazioni (PAMELA) study. **Circulation, Baltimore**, v. 111, n. 14, p. 1777-1783, apr. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V **Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial**. 2006. [Citado em 2008 mar. 31]. Disponível em <http://departamentos.cardiol.br/dha/vdiretriz/vdiretriz.asp>