

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

RAFAEL ANTUNES TEIXEIRA SILVA

**INTERVENÇÕES PARA REDUÇÃO DO PERCENTUAL DE
HIPERTENSOS NÃO CONTROLADOS RESIDENTES NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA ESF NOSSA SENHORA DA GLÓRIA.**

Montes Claros / Minas Gerais
2013

RAFAEL ANTUNES TEIXEIRA SILVA

**INTERVENÇÕES PARA REDUÇÃO DO PERCENTUAL DE
HIPERTENSOS NÃO CONTROLADOS RESIDENTES NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA ESF NOSSA SENHORA DA GLÓRIA.**

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.

Tutor: Prof Dra. Kátia Lúcia Moreira Lemos

Montes Claros / Minas Gerais
2014

RAFAEL ANTUNES TEIXEIRA SILVA

**INTERVENÇÕES PARA REDUÇÃO DO PERCENTUAL DE
HIPERTENSOS NÃO CONTROLADOS RESIDENTES NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA ESF NOSSA SENHORA DA GLÓRIA.**

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.

Tutor: Kátia Lúcia Moreira Lemos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 JUSTIFICATIVA.....	8
3 OBJETIVOS.....	10
3.1 Objetivo geral	10
3.2 Objetivos específicos	10
4 METODOLOGIA	11
5 REREFENCIAL TEÓRICO.....	13
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	13
5.2 Classificação	13
5.3 Epidemiologia.....	14
5.4 Fatores de Risco	14
5.5 Tratamento.....	15
5.5.1 Tratamento não farmacológico.....	15
5.5.2 Tratamento farmacológico.....	17
5.6 Fatores determinantes para não adesão ao tratamento anti-hipertensivo 	19
6 PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO	22
7 CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

Matias Cardoso é um município localizado na Região Norte de Minas Gerais às margens do Rio São Francisco, cuja população, 9979 habitantes, encontra-se distribuída em uma área de 1949,738 Km². Tal município localiza-se a 689 km de Belo Horizonte, 56 km de Jaíba e 10 km de Manga (IBGE, 2010).

A população tem como fontes de renda principais a agricultura, pecuária e pesca. Parte significativa da população vive em condições inadequadas e apenas com o auxílio de programas do governo federal, sem acesso a moradia adequada, renda, lazer, entre outras referenciais de qualidade de vida. A cidade não apresenta ainda rede de esgoto, que está em construção. Nem toda a população possui acesso à água tratada, principalmente, a rural (IBGE, 2010).

A área da saúde, conta com 05 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 02 na área urbana e 03 na área rural, além de 01 Centro de Saúde que funciona 24h por dia. Em várias localidades rurais, o atendimento ocorre em locais improvisados.

O hospital de Jaíba é uma das referências para o município, que conta ainda com o Consórcio Intermunicipal de Saúde com sede em Manga para atendimento de algumas especialidades e o Centro Viva Vida em Janaúba. Além disso, Matias Cardoso conta com consulta de especialistas no próprio município, em Janaúba e Montes Claros.

O município apresenta cobertura de 100% da Estratégia Saúde da Família, sendo 05 equipes, 02 urbanas e 03 rurais e 04 equipes de Saúde Bucal, porém, a alta rotatividade desses profissionais corresponde a um sério problema no município. Além disso, ele apresenta uma equipe do NASF composta por 01 psicóloga, 01 nutricionista, 01 fonoaudióloga, 01 assistente social e 02 fisioterapeutas. Para facilitar o acesso da população a outros pontos de atenção à Saúde, quando necessário, o município conta com transporte sanitário e ambulâncias.

Dentre as equipes de Saúde da Família (ESF) que atuam no município de Matias Cardoso, destaca-se a ESF Nossa Senhora da Glória, responsável pelo

acompanhamento de 264 famílias residentes na área rural. Apesar de apresentar uma população pequena, a área de abrangência sob responsabilidade dessa equipe é muito extensa e heterogênea, já que abrange diversas comunidades: Barreiro I e II, Barroço, Praia, Vereda, Cana Brava, Ilha do Curimatã, Porto, Nova Galha, Pau Preto, que estão agrupadas em 03 micro áreas. É importante ressaltar que apenas duas comunidades tem acesso pavimentado, e as outras sem pavimentação apresentam distâncias que variam entre 05 Km e 52 Km da zona urbana.

O processo de trabalho da ESF Nossa Senhora da Glória é composto atualmente por 01 médico, 01 enfermeira, 02 técnicos de enfermagem, 03 agentes de saúde e 01 motorista, baseia-se muito no atendimento da demanda espontânea, realização de ações curativas e centralização na figura do médico. As ações preventivas correspondem a atendimentos esporádicos a hipertensos e diabéticos, pré-natais, prevenção de câncer de mama e colo do útero, sendo que a população demonstra pouco interesse em participar de grupos operativos e outras atividades. Além disso, o baixo nível de instrução da população dificulta a realização de ações preventivas.

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Nossa Senhora da Glória foram identificados os seguintes problemas: alto índice de hipertensos não controlados; alcoolismo; baixa adesão ao exame de prevenção do câncer de colo do útero; desemprego e falta saneamento básico, sendo que considerando a importância, urgência e capacidade de enfrentamento, a equipe selecionou como problema prioritário o alto índice de hipertensos não controlados.

Neste contexto, observa-se que vários são os fatores que dificultam o controle e o tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS), dentre esses, a não adesão ao tratamento, fato identificado pelos profissionais da equipe: 80% dos 92 hipertensos cadastrados na área de abrangência da equipe, de acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), não aderem ao tratamento adequado. Caracterizando a mesma como o comportamento do indivíduo, em termos de tomar os medicamentos, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas. Provavelmente é o maior desafio enfrentado hoje para o controle adequado, em larga escala, da hipertensão (SANTOS; LIMA, 2008).

Diante dos dados apresentados, é notório que o problema da ESF Nossa Senhora da Glória está diretamente relacionado à falta de informação, o que resulta em estilo de vida inadequado, pois a HAS por ser considerada uma doença silenciosa, o enfermo não sente a necessidade de tratar e não dá o devido valor quanto à importância de iniciar ou dar continuidade ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, além disso, o fator cultural interfere muito no tratamento adequado, pois a maioria dos hipertensos é idosa e possuem resistência no uso de medicações, na mudança ao estilo de vida, bem como na aceitação da condição de doente crônico.

Além de todos esses fatores soma-se a questão da participação da família no processo do cuidar do hipertenso, o qual possui um papel primordial, e que muitas vezes não participa do processo da dinâmica familiar e não estabelece vínculos, deixando o doente a mercê de seu autocuidado e não constituindo corresponsabilidades para com o doente.

Neste contexto, Simões e Schmidt (2000) afirmam que a atenção primária à saúde tem se revelado importante nível de organização de serviços para o enfrentamento dos fatores de risco, especialmente por garantir a continuidade da atenção, o vínculo entre os profissionais, família e idoso. A abordagem ampliada das condições de vida e de saúde dos usuários, integralidade da atenção à saúde, envolvimento da comunidade no enfrentamento de seus problemas e, também, capacitação das pessoas para o autocuidado e para a corresponsabilidade.

Sabendo, portanto, que a HAS é uma doença crônica, com longo curso assintomático, sem consequência imediata da suspensão do tratamento, que exige mudanças no estilo de vida e uso diário de medicamentos (MANO, 2007), a ESF Nossa Senhora da Glória do município de Matias Cardoso-MG tem como desafio realizar ações a fim de reduzir o percentual de hipertensos não controlados residentes no território sob sua responsabilidade.

2 JUSTIFICATIVA

Sabendo-se que a falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo continua constituindo um dos maiores problemas no acompanhamento das pessoas com HAS, uma doença altamente prevalente tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, atingindo cerca de 15 a 20% a população adulta em nosso país, a pesquisa em questão torna-se de suma importância, pois, embora não seja um problema exclusivo do tratamento da hipertensão, por ser também muito frequente em outros regimes de caráter prolongado, a falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo se aprofunda em complexidade, parecendo ser determinada por vários fatores, inter-relacionados ou não entre si (PÁSSARO e GOOD, 2000).

Considerando-se, ainda, o destaque da hipertensão em termos epidemiológicos, suas consequências negativas sobre o quadro de morbidade e mortalidade cardiovasculares da população, torna-se imperativo o desenvolvimento de ações que aperfeiçoem a identificação de indivíduos hipertensos ou com risco de vir a desenvolver hipertensão, e que auxiliem este indivíduo a iniciar e dar prosseguimento ao tratamento anti-hipertensivo (SARQUIS *et al.*, 2008).

Considerando a importância da assistência oferecida ao portador de Hipertensão Arterial Sistêmica na ESF, o interesse pelo aprofundamento deste estudo surgiu das experiências profissionais vivenciadas na ESF Nossa Senhora da Glória do município de Matias Cardoso-MG, onde despertou a percepção de que 80% dos hipertensos não aderem ao tratamento anti-hipertensivo.

Nesta perspectiva o trabalho em questão possibilitará que os serviços ofertados aos portadores de HAS possam estar focados na prevenção de complicações, avaliação e monitoramento dos fatores de risco, orientação quanto à prática de autocuidado. Sendo de competência médica, realizar consultas específicas a este grupo, bem como visitas domiciliares, solicitar exames e prescrever medicamentos de controle, além de acompanhar as ações de educação e promoção em saúde.

Nesta perspectiva, julga-se necessário realizar ações a fim de reduzir o percentual de hipertensos não controlados usuários da ESF Nossa Senhora da Glória, uma vez que tanto o serviço ofertado quanto a realidade vivenciada pelos

portadores é de fundamental importância no controle da doença e consequente diminuição dos índices de morbimortalidade.

Além disso, os resultados encontrados na pesquisa poderão ser de grande valia para reflexão de suas ações e embasamento através de novos conhecimentos para que as Estratégias de Saúde da Família possam planejar melhor suas ações, com vista à melhoria do atendimento ao portador de HAS, bem como da melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Elaborar um projeto de intervenção com vistas a reduzir o percentual de hipertensos não controlados na ESF Nossa Senhora da Glória.

3.2 Objetivos específicos

- Aumentar o nível de informação dos hipertensos sobre a importância do tratamento adequado da HAS;
- Promover mudança nos hábitos e estilo de vida dos hipertensos;
- Estimular a participação mais ativa dos cuidadores/familiares no tratamento dos hipertensos.

4 METODOLOGIA

Para elaboração do trabalho em questão utilizou o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), que conforme Teixeira e Fernandes (2003), é um método de planejamento por problemas, e trata, principalmente, dos problemas mal estruturados e complexos que, por definição, são aqueles para os quais não existe solução normativa. Os problemas são abordados em suas múltiplas dimensões – política, econômica, social, cultural etc., e as soluções dependem, muitas vezes de recursos em outras esferas e da interação dos diversos atores envolvidos.

Para identificação dos problemas do território foi realizado diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Nossa Senhora da Glória, onde o problema priorizado foi o alto índice de hipertensos não controlados.

Neste sentido, foi elaborado um plano de ação, com vistas à redução do percentual de hipertensos não controlados.

Neste contexto, quatro momentos caracterizam o processo de planejamento, sendo eles: o momento explicativo, normativo, o estratégico e o tático-operacional (MATUS, 1993).

No momento explicativo, o PES volta-se para a compreensão do mundo real por meio da apreciação situacional, tendo por objetivo procurar explicar a realidade, identificando os problemas declarados pelo ator para o qual se está planejando. Trabalha-se aqui com a categoria de macroproblema, na medida em que os problemas declarados, em geral, não são isolados, mas um conjunto que coexiste e interage. É essa categoria, sintetizando os problemas parciais, que possibilita a análise conjunta (RIEG; ARAÚJO-FILHO, 2002).

Neste trabalho o momento explicativo foi realizado através de um diagnóstico situacional da ESF Nossa Senhora da Glória por meio da estimativa rápida participativa, onde foi realizada coleta de informações com informantes chaves da comunidade e dados provenientes dos ACS. Tendo em mãos a realidade da situação encontrada foram detectados problemas reais e priorizado o problema do alto índice de hipertensos não controlados na população.

Em seguida, o momento normativo partindo das causas críticas (nós críticos), desenha-se o plano de intervenção e são elaboradas propostas de ação, com a construção de planilhas de programação de ações (TEIXEIRA; FERNANDES,

2003). No trabalho em questão foi elaborado neste momento o plano de ação de acordo os nós críticos encontrados: baixo nível de informação; hábitos e estilo de vida inadequados e falta de interação no contexto familiar, onde a partir daí foi elaborado plano de ação com vistas a redução do percentual de hipertensos não controlados na ESF Nossa Senhora da Glória.

Dando sequencia o momento estratégico analisa-se a viabilidade política do plano, ou se procura construir sua viabilidade, uma vez que nem todas as operações são viáveis na situação inicial. Portanto, o objetivo aqui é propor estratégias para tratar inicialmente as operações não viáveis "... como um processo de produção política em parte cooperativa e em parte conflitiva" (RIEG; ARAÚJO-FILHO, 2002). Nesta fase foram formuladas estratégias para viabilidade do alce das metas estabelecidas.

Por final o momento tático-operacional é a fase de gestão do plano. A gestão de um plano significa, essencialmente, a criação de um sistema de alta responsabilidade, em que as pessoas assumem compromissos de executar tarefas específicas, em tempos bem definidos, onde o sucesso na execução do plano precisa de um sistema de direção altamente comunicativo, com clara definição de responsabilidades e dispositivos de prestação regular de contas (TEIXEIRA; FERNANDES, 2003). Nesta fase será realizada execução das ações planejadas, bem como instrumentos para monitoração, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas.

5 REREFENCIAL TEÓRICO

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006).

Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. 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. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais. A aferição repetida da pressão arterial em dias diversos em consultório é requerida para chegar a pressão usual e reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial ante a simples presença do profissional de saúde no momento da medida da PA (BRASIL, 2006).

5.2 Classificação

A hipertensão arterial pode ser classificada segundo sua causa de base (primária ou secundária) e de acordo com os níveis tensionais. A hipertensão arterial primária ou essencial representa aproximadamente 95% dos casos de hipertensão e se caracteriza por não possuir etiologia definida, mesmo quando exaustivamente investigada, possuindo importante componente genético e ambiental. A hipertensão arterial secundária, que corresponde a cerca de 5% dos indivíduos hipertensos, apresenta etiologia definida e possibilidade de cura com tratamento da doença primária (CORRÊA *et al.*, 2005).

A classificação da hipertensão arterial foi recentemente modificada pelo Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection,

Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure . Uma nova categoria designada à pré-hipertensão foi criada e os antigos estágios dois e três da hipertensão foram combinados em um mesmo estágio, dando ênfase ao seu controle e tratamento precoce (CORRÊA *et al.*, 2005).

5.3 Epidemiologia

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2006).

Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (6,7). Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

5.4 Fatores de Risco

Os fatores de risco relacionados ao portador de HAS como idade, hereditariedade, sexo e raça são considerados incontroláveis por ter a Hipertensão Arterial como forte componente familiar genético, afetando mais intensamente os homens. A situação inverte quando as mulheres chegam a menopausa e/ou terceira idade, período em que a doença apresenta maiores prevalências nesse grupo (SILVA, 2010).

Os fatores controláveis estão ligados ao estilo e qualidade de vida, bem como hábitos, em geral, as pressões e os desgastes físicos-psicológicos, tabagismo e alimentação inadequada, o sedentarismo, a elevação de triglicérides, do colesterol séricos, a obesidade e o diabetes *mellitus* exercem também grande influência no controle da doença (SILVA, 2010).

Os aspectos psicossociais estão em geral relacionados às crenças sobre as doenças, à modificação dos hábitos e costumes necessários sobre a convivência de seus portadores no âmbito sócio-familiar. Ressalta-se que outros aspectos também são decisivos nesse processo de mudança, como oferta de serviço de saúde à população, as mudanças socioeconômicas e as desigualdade sociais, que agem coletivamente na saúde da população (TEIXIERA *et al.*, 2006).

5.5 Tratamento

O tratamento da hipertensão constitui em farmacológico (uso de medicamento), e não farmacológico (mudança no estilo de vida). O tratamento farmacológico é indicado para hipertensos moderados e graves, e para aqueles com fatores de risco para doenças cardiovasculares e/ou lesão importante de órgãos-alvo. No entanto, poucos hipertensos conseguem o controle ideal da pressão com um único agente terapêutico e, muitas vezes, faz-se necessária a terapia combinada, principalmente em indivíduos idosos e com comorbidades relevantes. A terapia medicamentosa, apesar de eficaz na redução dos valores pressóricos, da morbidade e da mortalidade, tem alto custo e pode ter efeitos colaterais motivando o abandono do tratamento (ZAITUNE *et al.*, 2006).

5.5.1 Tratamento não farmacológico

Mudanças no estilo de vida devem ser estimuladas entre os hipertensos, com aderência e benefícios satisfatórios. O tratamento não-farmacológico constitui um dos pilares do tratamento da hipertensão arterial, podendo controlar os níveis pressóricos sem medicamentos ou potencializar o efeito dos hipotensores (PÁSSARO e GODY, 2000).

Controle de Peso: Hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de emagrecimento com restrição de ingestão calórica e aumento de

atividade física. A meta é alcançar índice de massa corporal inferior a 25 kg/m² (102) e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja suficiente para reduzir a pressão arterial. A redução do peso está relacionada à queda da insulinemia, à redução da sensibilidade ao sódio e à diminuição da atividade do sistema nervoso simpático (MINISTÉRIO DA SAÚDE , 2005).

Padrão Alimentar: O consumo dos alimentos pode levar à ingestão de certos nutrientes que induzem respostas às vezes indesejáveis na pressão arterial e no sistema cardiovascular. Os alimentos “de risco”, ricos em sódio e gorduras saturadas, por exemplo, devem ser evitados, ao passo que os “de proteção”, ricos em fibras e potássio, são permitidos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE , 2005).

Suplementação de potássio: A suplementação de potássio promove redução modesta da pressão arterial. Sua ingestão na dieta pode ser aumentada pela escolha de alimentos pobres em sódio e ricos em potássio, como feijões, ervilha, vegetais de cor verde-escuro, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata inglesa e laranja. (MANO, 2007).

Suplementação de cálcio e magnésio: Dieta com frutas, verduras e laticínios de baixo teor de gordura apresenta quantidades apreciáveis de cálcio, magnésio e potássio, proporcionando efeito favorável em relação à redução da pressão arterial e de acidente vascular cerebral (ZAITUNE *et al.*, 2006).

Redução do Consumo de Sal: Inúmeras evidências mostram benefícios na restrição do consumo de sal: a) redução da pressão arterial; b) menor prevalência de complicações cardiovasculares; c) menor incremento da pressão arterial com o envelhecimento; d) possibilidade de prevenir a elevação da pressão arterial; e) regressão de hipertrofia miocárdica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Moderação no Consumo de Bebidas Alcoólicas: Recomenda-se limitar o consumo de bebidas alcoólicas a, no máximo, 30 g/dia de etanol 20g/dia para homens e 15 g/dia para mulheres ou indivíduos de baixo peso. Aos pacientes que não se enquadrarem nesses limites de consumo, sugere-se o abandono (ARRUDA, 2003).

Exercício Físico: A prática regular de exercícios físicos é recomendada para todos os hipertensos, inclusive aqueles sob tratamento medicamentoso, porque reduz a pressão arterial sistólica/diastólica em 6,9/4,9 mmHg. Além disso, o exercício físico pode reduzir o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade geral. Antes de iniciarem programas regulares de exercício físico, os hipertensos devem ser submetidos a avaliação clínica especializada, exame pré-participação (para eventual ajuste da medicação) e recomendações médicas relacionadas aos exercícios. Hipertensos em estágio 3 só devem iniciar o exercício após controle da pressão arterial (SANTOS; LIMA, 2008).

Abandono do Tabagismo: O tabagismo deve ser agressivamente combatido e eliminado. Hipertensos podem usar com segurança terapias reposicionais com nicotina para abandono do tabagismo (ARRUDA, 2003).

Controle do Estresse Psicoemocional: Estudos experimentais demonstram elevação transitória da pressão arterial em situações de estresse, como o estresse mental, ou elevações mais prolongadas, como nas técnicas de privação do sono. Estudos mais recentes evidenciam o efeito do estresse psicoemocional na reatividade cardiovascular e da pressão arterial, podendo contribuir para hipertensão arterial sustentada (ARRUDA, 2003).

5.5.2 Tratamento farmacológico

De acordo com Mano (2007), nos grandes ensaios clínicos com idosos a terapia medicamentosa foi instituída naqueles pacientes com PAS > 160 mmHg e PAD > 105 mmHg, com alvo de PAS < 150-160 mmHg ou redução de pelo menos 20 mmHg e PAD < 95 mmHg. Todavia, estudos realizados em outras faixas etárias, principalmente em indivíduos com outros fatores de risco cardiovascular ou com lesão de órgão-alvo, têm demonstrado maiores benefícios com o controle mais rigoroso da PA. Vale lembrar novamente a alta prevalência de outros fatores de risco nessa população, além da própria idade avançada. Assim, mais frequentemente que os jovens, os idosos necessitam de terapia medicamentosa associada à mudança no estilo de vida em casos de pressão normal, alta e HAS.

Diuréticos – Os tiazídicos em baixas doses são fármacos de primeira escolha como monoterapia nos idosos sem co-morbidades. Nos pacientes com insuficiência renal

e *clearance* menor que 30 ml/minuto deve-se optar pelos diuréticos de alça (ZAITUNE *et al.*, 2006).

Antagonistas do canal de cálcio – Os antagonistas dos canais de cálcio apresentam um expressivo efeito hipotensor como monoterapia em hipertensos leves e moderados, constituindo-se, nos dias atuais, como uma das opções iniciais para o tratamento dos hipertensos (MINISGTÉRIO DA SAÚDE 2005).

Inibidores da ECA – Diminuem eventos cardiovasculares, principalmente em pacientes de alto risco. Idosos portadores de insuficiência cardíaca ou disfunção ventricular esquerda assintomática têm indicação absoluta de receber um inibidor da ECA em dose adequada. Eles mantêm sua eficácia nos idosos, apesar da diminuição fisiológica da reninemia com o envelhecimento. Atenção deve ser dada ao risco de hiperpotassemia, especialmente se associado a um diurético poupador de potássio ou em pacientes com IRC. Tosse e alteração do paladar são eventos adversos que podem limitar seu uso em idosos (ZAITUNE *et al.*, 2006).

Betabloqueadores – Podem desenvolver elevações expressivas nos níveis séricos dos triglicerídeos, além de reduzirem a resposta simpática de alerta em diabéticos, quando desenvolvem hipoglicemia severa e sintomática. Apresentam algumas vantagens importantes como da prevenção da secundária do infarto do miocárdio, em pacientes com síndrome anginosa associada, em hipertensos hipercinéticos e, também, naqueles com enxaqueca ou com tremor intencional. Dentre suas desvantagens, ressaltam-se: apresenta um perfil hemodinâmico indesejável por deixar livre os receptores alfa que são vasoconstrictores, determinando alterações clínicas como mãos frias (MINISTERIO DA SAÚDE, 2005).

Antagonistas da angiotensina II – Entre as classes de anti-hipertensivos são os que apresentam menor risco de efeitos colaterais. Estudos clínicos recentes, que incluíram grande número de idosos, demonstraram alguns benefícios desta nova classe, como retardo na progressão da lesão renal em diabéticos e redução de eventos cardiovasculares em hipertensos com HVE. Como regra prática, podemos dizer que devem ser usados em todos os casos em que há indicação de um inibidor da ECA (ZAITUNE *et al.*, 2006).

Outros – Os simpatolíticos têm seu uso restrito em idosos pelo alto risco de efeitos colaterais. Os agentes de ação central podem causar sonolência, déficit de memória, depressão e alucinações, enquanto os de ação periférica apresentam alto risco de hipotensão ortostática (MANO, 2007).

Terapia combinada – Nos grandes ensaios de tratamento da hipertensão em idosos aproximadamente 60% dos pacientes necessitaram de terapia combinada. Os diuréticos podem melhorar a eficácia dos outros anti-hipertensivos, praticamente sem aumentar o custo. Acreditamos que a terapia combinada com doses baixas de dois ou mais medicamentos reduz a PA de forma mais eficaz com menos eventos adversos que a monoterapia em doses altas. Muitas vezes um fármaco reduz a incidência de determinado evento adverso do outro. Como exemplo podemos citar que os inibidores da ECA reduzem o edema periférico dos antagonistas do cálcio e os efeitos metabólicos dos diuréticos. Hoje já existem diversas associações em uma mesma apresentação galênica, com custo menor que estes fármacos em separado e com melhor aderência (TABATA *et al.*, 2003).

5.6 Fatores determinantes para não adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Vários são os fatores que dificultam o controle e o tratamento da HAS, dentre esses, a não adesão ao tratamento, fato que é muito observado pelos profissionais de saúde (SANTOS; LIMA, 2008).

Provavelmente é o maior desafio que enfrentamos hoje para o controle adequado, em larga escala, da hipertensão. A HAS é uma doença crônica, com longo curso assintomático, sem consequência imediata da suspensão do tratamento, que exige mudanças no estilo de vida e uso diário de medicamentos. E devido ao fato de não possuir sintomas, muitos desconhecem seu diagnóstico e têm a impressão de gozar de boa saúde (MANO, 2007).

Estas pessoas podem ter alteração na Pressão Arterial (PA) e, em conjunto, hábitos e comportamentos de saúde que favoreçam a permanência dessa elevada. A maioria toma conhecimento do diagnóstico desse agravo, quando são vítimas de alguma complicação, como infarto, aneurisma e insuficiência renal. Apesar de o seu surgimento estar intimamente relacionado aos fatores de risco constitucionais, a prevenção ou postergação da HAS pode ser obtida através da eliminação ou

controle dos fatores de risco ambientais, adotando-se estilo de vida saudável que, por sua vez, inclui a prática regular de exercício físico; o controle do peso, a alimentação saudável, consumo moderado de álcool, a abolição do hábito do tabagismo e o gerenciamento do estresse., que são fatores intimamente ligados ao autocuidado (SANTOS; LIMA, 2008).

Mudar o estilo de vida é uma tarefa difícil, e quase sempre é acompanhada de muita resistência, por isso, a maioria das pessoas não conseguem fazer modificações e, especialmente, mantê-las por muito tempo (SIMÕES; SCHIMIDT, 2000).

Somam-se a isso a alta frequência de comorbidades, a consequente polifarmácia e o maior risco de interações medicamentosas e efeitos adversos na população geriátrica. Dessa forma, os pacientes devem ser educados em relação à doença e importância do autocuidado durante as consultas médicas e, sempre que possível, em grupos com assistência multiprofissional. No início do tratamento e nos ajustes de dose pode-se conseguir melhor controle e aderência com a realização de retornos ambulatoriais frequentes a cada 3 a 4 semanas. A escolha do anti-hipertensivo deve ser cuidadosa, atentando-se para o número de tomadas diárias, interação medicamentosa e especialmente para os outros problemas de saúde do idoso, como cardiopatias, incontinência urinária e hipotensão ortostática (MANO, 2007).

Portanto, a educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas a essas mudanças, para fins de prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HAS, através de hábitos e atitudes saudáveis (ZAITUNE, 2006).

A vivência da educação em saúde através de grupos favorece a participação como forma de garantir ao indivíduo e à comunidade a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos (importância do autocuidado), e a capacitação destes sujeitos para atuarem na melhoria do seu nível de saúde. O trabalho educativo em grupos consiste numa valiosa alternativa para se buscar a promoção da saúde que permite o aprofundamento de discussões e a ampliação de conhecimentos, de modo que as pessoas superem suas dificuldades e obtenham maior autonomia, melhores condições de saúde e qualidade de vida. Neste contexto, as Tecnologias Educativas

em Saúde (TESs) são ferramentas importantes para o desempenho do trabalho educativo e do processo de cuidar (CALDAS; SANDANHA, 2004).

A TES integra o grupo das tecnologias leves, denominadas tecnologia de relações, como acolhimento, vínculo, automação, responsabilização e gestão como forma de governar processos de trabalho. A utilização dessas tecnologias contempla a existência de um objeto de trabalho dinâmico, em contínuo movimento, não mais estático, passivo ou reduzido a um corpo físico. Esse objeto exige dos profissionais da saúde, especialmente do enfermeiro, uma capacidade diferenciada no olhar a ele concedido a fim de que percebam essa dinamicidade e pluralidade, que desafiam os sujeitos à criatividade, à escuta, à flexibilidade e ao sensível (VIEIRA, 2005).

6 PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO

Desenho de operações para os “nós” críticos do problema alto índice de hipertensos não controlados da ESF Nossa Senhora Da Glória.

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Nível de informação	Conhecimento, aumentar o nível de informação população sobre a importância do tratamento adequado da hipertensão	População mais informada sobre a importância do tratamento adequado da hipertensão	Capacitações dos ACS e cuidadores; educação continuada com a população; divulgação de folders explicativos	Organizacional: Organizar educação e capacitação, organizar agenda; Cognitivo: informação e meios de comunicação; Político: mobilização social; Financeiros: aquisição de folders
Hábitos e estilos de vida inadequado	Saúde, mudança nos hábitos e estilo de vida	Aumentar a adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão	Realizar educação/palestras quanto alimentação adequada para hipertensos e incentivo á prática regular de atividade física com orientação médica	Organizacional: organizar educação/palestras; Cognitivo: informação, meios de comunicação; Político: mobilização social; Financeiros: aquisição de folders, data-shows, computadores
Interação no contexto familiar	Dinâmica familiar, participação	Participação mais ativa da família	Organização de grupos específicos	Organizacional: organizar agenda;

	interativa dos familiares no processo de cuidar do hipertenso	no tratamento do hipertenso	juntamente com familiares; Capacitações no contexto familiar	Cognitivo: informação, meios de comunicação; Políticos: mobilização social
--	---	-----------------------------	---	---

Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nos" críticos do problema alto índice de hipertensos não controlados da ESF Nossa Senhora Da Glória

Operação/Projeto	Recursos críticos
Conhecimento	Político: mobilização social Financeiro: aquisição de folders
Saúde	Político: mobilização social; Financeiros: aquisição de folders, data-shows, computadores.
Dinâmica familiar	Político: mobilização social

Análise da viabilidade/ Proposta de ações para motivação dos atores da ESF Nossa Senhora Da Glória da ESF Nossa Senhora Da Glória

Projeto/Operação	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Conhecimento, aumentar o nível de informação da população sobre a importância do tratamento adequado da hipertensão.	Político: mobilização social Financeiro: aquisição de folders.	Associações de bairros Secretaria de Saúde.	Favorável Favorável.	Apoio das associações; Didática dinâmica.
Saúde, mudança nos hábitos e estilo de vida.	Político: mobilização social; Financeiros: aquisição de folders, data-shows, computadores.	Associações de bairros. Secretaria de Saúde.		Apoio das associações.
Dinâmica familiar, participação interagida dos familiares no processo de cuidar do hipertenso.	Político: mobilização social.	Associações de bairros.	Favorável.	Apoio das associações.

Plano operativo da ESF Nossa Senhora Da Glória

Operações	Por quê?	Como?	Quem?	Quando?
Aumentar o nível de informação população sobre a importância do tratamento adequado da hipertensão	Reduzir em 30% o percentual de hipertensos desinformados sobre a importância do tratamento adequado da hipertensão	Realizar Capacitações dos ACS e cuidadores	Enfermeira e técnicos de enfermagem	Início em três meses e atualização anual
Aumentar o nível de informação população sobre a importância do tratamento adequado da hipertensão	Reduzir em 30% o percentual de hipertensos desinformados sobre a importância do tratamento adequado da hipertensão	Realizar Educação Continuada com a população	Enfermeira e agentes de saúde	Início em dois meses e periodicamente trimestralmente
Aumentar o nível de informação população sobre a importância do tratamento adequado da hipertensão	Reduzir em 30% o percentual de hipertensos desinformados sobre a importância do tratamento adequado da hipertensão	Divulgar de folders explicativos	Técnicos de enfermagem e agentes de saúde	Início em dois meses e final em quatro meses
Incentivar mudança nos hábitos e estilo de vida dos hipertensos	Reduzir em 1 ano, 30% do percentual de sedentarismo e tabagismo	Realizar educação/palestras quanto alimentação adequada para hipertensos e incentivo à prática regular de atividade física com orientação.	Nutricionista e fisioterapeuta do NASF	Início em quatro meses e periodicamente a cada dois meses
Incentivar Mudança nos hábitos e estilo de vida dos hipertensos	Reduzir em 1 ano, 30% do percentual de sedentarismo e tabagismo	Montar grupo de caminhada regular para hipertensos	Fisioterapeuta do NASF	Início em 3 meses, final em 4 meses (frequência da atividade, 3 vezes semanalmente)
Estimular participação interativa dos familiares no processo de cuidar do hipertenso	Aumentar em 6 meses o percentual de 20% da participação mais ativa da família no tratamento do hipertenso	Organizar grupos específicos juntamente com familiares	Enfermeira e agentes de saúde	Início em três meses e periodicamente trimestralmente
Estimular participação interativa dos familiares no processo de	Aumentar em 6 meses o percentual de 20% da participação mais	Capacitar a família do hipertenso	Enfermeira e técnicos de enfermagem	Início em três meses e periodicamente semestralmente

cuidar do hipertenso	ativa da família no tratamento do hipertenso			
----------------------	--	--	--	--

7 CONCLUSÃO

Considerando o problema prioritário levantado na análise situacional, o qual se refere ao alto índice de hipertensos não controlados e apontando como nós críticos fatores como baixo nível de informação; hábitos e estilo de vida inadequados e falta de interação no contexto familiar, constata-se que o trabalho possibilitou o alcance dos objetivos inicialmente propostos, pois foi elaborado plano de ação com vistas a redução do percentual de hipertensos não controlados na ESF Nossa Senhora da Glória, uma vez que as ações planejadas foram embasadas nos fatores que influenciam no conhecimento; mudanças nos hábitos e estilo de vida e na dinâmica familiar, possibilitando dessa maneira o aumento do nível de informação sobre a importância do tratamento anti-hipertensivo; promoção de ações saudáveis no estilo e hábitos de vida e estímulo na participação ativa dos cuidadores/familiares no tratamento dos hipertensos.

Dessa maneira, planejaram-se Capacitações dos ACS (Agentes Comunitários de Saúde) e cuidadores, educação continuada com a população, divulgação de folders explicativos, com vistas a aumentar o nível de informação da população sobre a importância do tratamento adequado da hipertensão. Além disso, é importante realizar educação/palestras quanto a alimentação adequada para hipertensos e incentivo à prática regular de atividade física com orientação médica, visando a aumentar a adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão. Ainda quanto às ações direcionadas, constata-se a necessidade de organização de grupos específicos juntamente com familiares, bem como capacitações no contexto familiar, como forma de influenciar a participação mais ativa da família no tratamento do hipertenso.

Tendo em vista o planejamento dessas ações, torna-se necessário o uso de recursos organizacionais; cognitivos; políticos e financeiros, uma vez que será necessário respectivamente organizar educação em saúde, capacitações e palestras, organizar agendas; obter informação e meios de comunicação; realizar mobilização social; e aquisição de folders e data shows e computadores.

Diante disso, torna-se de suma importância analisar a viabilidade das ações desenvolvidas, bem como buscar estratégias para viabilizá-las. Sabendo dos

recursos necessários para execução das ações, constata-se a necessidade apoio das associações e apoio e uso de didática dinâmica para com a Secretaria de Saúde, tendo em vistas que são os atores que controlam e que ambos têm motivação favorável.

Ao final, espera-se que as ações desenvolvidas possam ser avaliadas, reavaliadas e planejadas novamente a fim de obter eficácia no alcance dos resultados esperados, os quais são população mais informada sobre a importância do tratamento adequado da hipertensão, aumento da adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão, participação mais ativa da família no tratamento do hipertenso e conseqüentemente redução do índice de hipertensos não controlados na área de abrangência da ESF Nossa Senhora da Glória.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, S. P. **Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados**, Universidade Federal de Pernambuco. 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

CALDAS, C. P.; SALDANHA, A. L. **Saúde do Idoso: A arte de cuidar**, 2º ed, Rio de Janeiro: Editora Interciência, , 2004, 123p.

CORRÊA, T.D. *et al.* **Disciplina de Cardiologia da Faculdade de Medicina do ABC** (FMABC), São Paulo Arq Med ABC. 2005;31(2):91-101.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, **Censo demográfico**, ano 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=314085>. Acesso em 13 de abr. de 2013.

MANO, R. **Manuais de cardiologia: temas comuns da cardiologia para médicos de todas as especialidades**, Hipertensão artéria Sistêmica, 2007.

MATUS, C.. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Assistência à Saúde**. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar para a População Brasileira, 2005.

PÁSSARO, L. C.; GOOD, M . **Reabilitação cardiovascular na hipertensão arterial**. Sociedade de Cardiologia, São Paulo, 2000.

RIEG, D.L.; ARAÚJO-FILHO, T.A. Planejamento Estratégico Situacional e Mapeamento Cognitivo em uma situação concreta: o caso da pró-reitora extensão da UFSCAR, **Gestão e Produção**, vol. 02, n 09, 2002, p.163-179.

SANTOS, Z.M.S.A.; LIMA, H.P. **Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida**, Fortaleza, 2008.

SARQUIS, L.M.M. et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.32, n.4, p. 335-53, dez. 2008.

SILVA, M.E.D.C. **Representações sociais de hipertensão arterial elaboradas por portadoras e profissionais de saúde: uma contribuição para a enfermagem**, Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Piauí, 2010, 153p.

SIMÕES, M.V. ; SCHMIDT, A. **Hipertensão arterial e fatores de risco para doenças cardiovasculares**. Ribeirão Preto, nº.29, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

TABATA, L. C. *et al.* **Associação Ribeirão Pretana de Ensino, Pesquisa e Assistência ao Hipertenso-Arepah**: uma estratégia para prevenção e redução da morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares na cidade de Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto, 2003.

TEIXEIRA, A.B.; FERNANDES, P.C., **O planejamento estratégico situacional e a gestão da atenção de um serviço hospitalar**: o caso da unidade de cardiologia intensiva do Hospital Geral de Bonsucesso, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Curso de Especialização em Gestão Hospitalar, Rio de Janeiro, 2003.

TEIXEIRA, E.R. *et al.* **O estilo de vida do cliente com Hipertensão Arterial e o cuidado com a saúde**, Escola Anna Nery R. Enferm. , vol. 10, n. 03, 2006, p.378-84.

VIEIRA, C. M. *et al.* **Um modelo de assistência centrado na promoção do auto cuidado com portadores de doenças crônicas não transmissíveis**, Universidade Metodista de Piracicaba, 2005.

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