

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

OLIVIA DUARTE DE OLIVEIRA

**OS FATORES DE RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL E IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DE
INTERVENÇÕES PRECOCES NA PREVENÇÃO DA DOENÇA**

MONTES CLAROS – MINAS GERAIS

2014

OLIVIA DUARTE DE OLIVEIRA

**OS FATORES DE RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL E IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DE
INTERVENÇÕES PRECOSES NA PREVENÇÃO DA DOENÇA**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

MONTES CLAROS – MINAS GERAIS

2014

OLIVIA DUARTE DE OLIVEIRA

**OS FATORES DE RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL E IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DE
INTERVENÇÕES PRECOSES NA PREVENÇÃO DA DOENÇA**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Prof. Edison José Corrêa - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte, em 7/08/2014.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75 mmHg, de forma linear, contínua e independente. Em nosso país, as doenças cardiovasculares têm sido a principal causa de morte. Elas são responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. O presente estudo teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção para atuar precocemente na prevenção dos agravos da hipertensão dos usuários da Unidade Básica de Saúde Alcides Rabelo. Para fundamentação teórica foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde para levantar as evidências já existentes sobre o tema. Acreditando no potencial da equipe da Estratégia de Saúde da Família elaboramos uma proposta de intervenção para ser realizada nos grupos de hipertensos assistidos, com a finalidade de ajudar a equipe a melhorar o seu desempenho junto aos usuários. Isto será possível através da implantação da estratégia de trabalho baseada no Planejamento Estratégico Situacional.

Descritores: Hipertensão. Fatores de Risco. Estratégia Saúde da Família. Planejamento Estratégico.

ABSTRACT

Arterial Hypertension has a high prevalence and low control rates. It is considered one of the major modifiable risk factors and one of the most important public health problems. Mortality from cardiovascular disease increases progressively with increased blood pressure from 115/75 mmHg, linearly independent and continuous. In our country, cardiovascular diseases are the leading cause of death. They are responsible for the high frequency of hospitalizations, causing high medical and socioeconomic costs. The present study aimed to develop an intervention project to act early in the prevention of diseases of hypertension users of Basic Health Unit Alcides Rabelo. Theoretical basis for a literature search was performed in the databases of the Virtual Health Library to raise the existing evidence on the subject. Believing in the potential of the Family Health Strategy team developed a proposal for intervention to be performed in groups of hypertensive watched, in order to help the team improve its performance with users. This will be possible through the implementation of labor-based strategy Situational Strategic Planning.

Descriptors: Hypertension. Risk Factors. Family Health Strategy. Strategic Planning.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 OBJETIVOS.....	14
4 METODOLOGIA	15
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	16
5.1 Conceituação, classificação e diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica	17
5.2 Abordagens ao hipertenso na Estratégia Saúde da Família	20
5.3 Educação em saúde aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica.....	22
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

O município de Montes Claros, situado no estado de Minas Gerais, conta com uma população de 385.898 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), a população é predominantemente urbana e constituída de 344.479 habitantes, enquanto 17.492 habitantes são residentes na zona rural. O município em questão possui uma área de 3.582,03 km², e perfaz uma densidade populacional de 107,73 hab./km².

De acordo com dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (2000), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio do município era de 0,770 e, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2013), o Produto Interno Bruto (PIB) era de R\$ 4.501.662 (quatro milhões quinhentos e um mil e seiscentos e sessenta e dois), sendo o maior da região norte mineira. As principais fontes de renda do município são atividades de prestação de serviços, agropecuária e indústrias. O município conta com 75.676 moradias, sendo a maioria construída em alvenaria, com saneamento básico e energia elétrica.

O sistema de saúde do município conta com os recursos do Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo de R\$ 5.776.527,44 e o PAB Variável do Programa Saúde da Família (PSF), de R\$12.172.287,00. A cidade possui 224 estabelecimentos de saúde entre hospitais, pronto socorro, unidades básicas de saúde (UBS) e serviços odontológicos, sendo 83 deles públicos e 141 privados. Existem seis hospitais gerais, um público, dois privados e três filantrópicos.

O município têm implantadas 78 equipes de Saúde da Família (SF), às quais se agregam também as equipes de saúde bucal. São 15 UBS na zona urbana e oito na zona rural e três policlínicas. As UBS são capacitadas para atender cerca de 45 mil pessoas/mês. No atendimento odontológico, são realizados 40 mil procedimentos mensais, dos quais 2.420 são casos de urgência/emergência.

O perfil de mortalidade geral no município apresenta maior concentração nas faixas etárias acima de 20 anos, e as doenças prevalentes que se destacam são aquelas

relacionadas ao aparelho circulatório, seguido das neoplasias e também, muito significativo, estão às causas de morte por doenças do aparelho respiratório e causas externas.

Decidiu-se por fazer este trabalho no território de abrangência da Equipe de SF Alcides Rabelo, que atende a uma população de 2.041 (dois mil e quarenta e um) habitantes.

A estrutura física da UBS é composta por: consultório odontológico, consultório ginecológico, consultório clínico, Sala de observação e cuidados básicos, Sala de vacina, Sala de curativos, Sala de triagem, Banheiros feminino e masculino, Recepção, Sala para guarda de medicamentos, Rouparia, Copa, Sala de Reunião, Banheiros para funcionários (masculino e feminino), Esterilização, Expurgo, DML e Sala de lixo.

A equipe de saúde é composta por um enfermeiro, uma médica, um Cirurgião-dentista, uma técnica de saúde bucal, uma técnica de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O território de abrangência da UBS está é dividido em seis microareas, conforme demonstrado na tabela a seguir:

Tabela 1 - Apresenta a distribuição das famílias assistidas por micro áreas e o quantitativo de hipertensos e diabéticos cadastrados do território de atuação da ESF Alcides Rabelo, do município de Montes Claros.

	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6
Famílias atendidas	103	104	100	100	78	50
População	413	382	391	357	320	178
Principais agravos	Hipertensão 36	Hipertensão 28	Hipertensão 40	Hipertensão 37	Hipertensão 32	Hipertensão 32
	Diabetes: 9	Diabetes 9	Diabetes 7	Diabetes 8	Diabetes 11	Diabetes 11

A partir da nossa atuação na área de abrangência da ESF, foi possível identificar vários problemas, dentre os quais:

Alto índice de pobreza.

Grande prevalência de analfabetos.

Mau estado de conservação dentária da população.

Alta prevalência de hipertensos devido à grande exposição aos fatores de risco.

Demanda reprimida.

Falta de materiais.

Estrutura física inadequada, pois a UBS agrega outra Equipe de SF.

Falta de funcionários.

Falta de médico.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, priorizaram-se os seguintes problemas, de acordo com a importância para a saúde da população atendida, conforme segue na Tabela 2.

Tabela 2 - Priorização dos problemas identificados no território da ESF Alcides Rabelo no município de Montes Claros

PROBLEMA	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA (0 A 5 PONTOS)	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO DA EQUIPE
Alta prevalência de hipertensos	Alta	5	Dentro
Má conservação dentária	Alta	5	Dentro
Falta de Materiais	Alta	4	Parcial
Grande Prevalência de Analfabetos	Média	3	Fora
Estrutura física inadequada	Média	3	Fora
Falta de funcionários	Média	3	Fora

A partir do desenvolvimento do trabalho, identificaram-se os recursos críticos que devem ser aplicados para cumprir o estabelecido nos objetivos, como segue:

- **Identificar os pacientes de idade mais elevada (≥ 40 anos):** Para tanto utilizaremos recursos cognitivos, tais como realização de grupos para informação da população sobre sintomas e consequências da HAS, importância do diagnóstico precoce da doença e informações sobre os motivos de maior incidência de HAS em pessoas de idade mais elevada, e organizacionais, como disponibilizar pessoas para busca ativa e revisão de prontuários para análise das idades dos pacientes.
- **Identificar os pacientes que possuem casos de HAS na família:** Para este fim utilizaremos recursos cognitivos, como realização de grupos para informação da população sobre sintomas e consequências da HAS, importância do diagnóstico precoce da doença e informações sobre a maior incidência de HAS em pacientes que possuem história familiar positiva para a doença e organizacionais, como disponibilizar pessoas para busca ativa e revisão de prontuários para identificar os parentes dos pacientes com HAS.

A partir dos dados apresentados nas tabelas anteriores, decidiu-se priorizar as ações no problema da alta prevalência de hipertensos devido à grande exposição aos fatores de risco.

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença caracterizada pelo aumento dos níveis da pressão arterial ($\geq 140 \times 90$), de evolução insidiosa e, na maioria dos casos assintomática, o que acaba retardando o diagnóstico e tratamento.

Segundo a Revista Brasileira de Hipertensão (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010), a hipertensão arterial sistêmica classifica-se em diferentes graus de acordo com os níveis atingidos, conforme se pode observar na Tabela 3.

Tabela 3 – Classificação da hipertensão arterial de acordo com os níveis pressóricos

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA)	PRESSÃO DIASTÓLICA
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão Sistólica isolada	≥ 140	< 90

Fonte: Brasil (2006)

A hipertensão arterial sistêmica é um grave problema de saúde no Brasil e pode apresentar uma série de complicações decorrentes do curso natural da própria doença e também de um tratamento inadequado da mesma. As complicações, na maioria das vezes, se apresentam, em longo prazo, após vários anos de doença. Dentre elas podemos citar a nefropatia e retinopatia hipertensiva e doenças cardiovasculares. O desenvolvimento da hipertensão arterial está relacionado a diversos fatores de risco, que contribuem diretamente para sua instalação, dessa forma serão alvo de estudo neste trabalho. Essa diversidade de fatores contribui para as altas taxas de prevalência dessa doença.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial é uma morbidade de etiologia multifatorial, ou seja, vários elementos estão envolvidos na gênese de sua instalação, contribuindo para o aumento de sua prevalência. Podemos citar os seguintes fatores de risco: Idade, Genética, Etnia, Excesso de Peso, Sedentarismo, Elevado consumo de sal e Consumo de tabaco e álcool. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a hipertensão arterial, nas próximas duas décadas, ocupará a liderança das causas de incapacidade. Esta doença tem sido considerada, pelos mais diversos estudos, um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações como a doença arterial coronária e doença cerebrovascular. Dessa forma torna-se primordial promover a prevenção primária básica, pois entendemos ser esta uma tarefa do serviço público de saúde, através do controle dos fatores de risco modificáveis (como por exemplo, tabagismo, obesidade e atividade física) consequentemente levando a um bom controle da hipertensão arterial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o diagnóstico e o tratamento adequados proporcionam menores gastos com internações, invalidez, hemodiálise, bem como a assistência às cardiopatias, acidentes vasculares cerebrais e suas sequelas, reduzindo também a procura aos serviços de emergência.

Diversos estudos apontam que o meio mais eficiente de combater a hipertensão arterial é a prevenção do aumento dos níveis pressóricos, evitando as dificuldades e o elevado custo social de seu tratamento e de suas complicações. Sendo assim, acredita-se a importância da realização deste trabalho chegar às evidências acerca dos principais fatores de risco modificáveis que contribuem para a gênese da hipertensão. E, a partir desse conhecimento, consiga-se compreender os diferentes comportamentos relacionados à doença, pelos profissionais de saúde e pacientes.

Ademais, espera-se que tal conhecimento auxilie os profissionais envolvidos com a problemática em questão, fundamentando-os em seus procedimentos, técnicas e

métodos empregados, bem como buscar outras formas de sensibilizar os portadores da doença a compreendê-la e participarem, de suas formas de prevenção, controle e tratamento.

3 OBJETIVOS

Geral

Elaborar um projeto de intervenção para atuar precocemente na prevenção dos agravos da hipertensão dos usuários da Unidade Básica de Saúde Alcides Rabelo.

Específicos

Realizar revisão bibliográfica de artigos que abordam a relação entre os fatores de risco modificáveis e o desenvolvimento da hipertensão arterial.

Estimar a prevalência da pré-hipertensão e da hipertensão arterial na ESF Alcides Rabelo.

Analisar o papel da educação em saúde nas mudanças comportamentais dos usuários da Unidade Básica de Saúde Alcides Rabelo, na prevenção dos fatores de risco da hipertensão arterial sistêmica.

4 METODOLOGIA

Para construção do Projeto de intervenção foram realizadas as seguintes etapas:

- Dados do diagnóstico situacional realizado pelo método do Planejamento Situacional Estratégico (PES) quando foram processados os problemas identificados no território da Unidade Básica de Saúde Alcides Rabelo e feita a priorização dos mesmos.
- Levantamento dos dados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para identificar o número de hipertensos cadastros na área de abrangência da Unidade.
- Revisão bibliográfica em bancos de dados oficiais para levantamento das evidências já existentes sobre o problema e também pesquisa nos Manuais do Ministério da saúde e da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Para a pesquisa bibliográfica nos bancos de dados, foram utilizados os seguintes descritores:

Hipertensão.

Fatores de Risco.

Estratégia Saúde da Família.

Planejamento Estratégico.

Ressalta-se que a revisão não definiu periodicidade, ativeram-se as publicações que de fato tinha relação com tema do estudo.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

No Brasil, as doenças circulatórias são responsáveis por significativo índice de mortalidade. Em 2002 foram 267.496 mortes, o que representou 32% dos óbitos ocorridos naquele ano (BRASIL, 2006a). Apesar de todos os esforços do governo e profissionais de saúde, o problema vem-se mantendo, resultando em um número significativo de mortes todos os anos.

As principais manifestações das doenças circulatórias são, entre outras, a doença arterial coronariana, as doenças cerebrovasculares e dos rins com expressiva morbidade e prejuízo para a qualidade de vida e capacidade de produção do adulto (BRASIL, 2006a).

Dentre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, a HAS é considerada um dos principais. Cerca de *“17 milhões de brasileiros são portadores de HAS, o que representa 35% da população de 40 anos e mais”* (BRASIL, 2006b, p. 7). Ainda, de acordo com dados publicados em 2006, a HAS respondeu por aproximadamente 25% dos óbitos por doença arterial coronariana, 40% dos óbitos por acidente vascular cerebral (AVC) e, associada ao diabetes *mellitus*, respondeu por 50% das situações de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006b).

De acordo com dados das Sociedades que estabeleceram as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2010), inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos vinte anos anteriores a 2010, apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Ainda, 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. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. As referidas Sociedades informaram, também, que uma revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, que analisou 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (SBC; SBH; SBN, 2010). Esses, portanto, são índices que devem ser levados em

consideração quando se tem o objetivo de planejar a atenção à saúde de uma população.

5.1 Conceituação, classificação e diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica

Na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) esse agravo está conceituado como uma condição clínica multifatorial que tem altas prevalências e baixas taxas de controle e é considerado como um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos maiores problemas em saúde pública. A HAS é o fator principal de risco para o desenvolvimento de doenças como: acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio, doenças renais crônicas, complicações arteriais periféricas. Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares, conforme estabelecido na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão de 2010.

O Ministério da Saúde, no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus* (BRASIL, 2002), ao definir a HAS adota a classificação do III Consenso Brasileiro de HA. Segundo este, o diagnóstico da HAS é basicamente estabelecido pelo encontro de níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites de normalidade, quando a pressão arterial é determinada por meio de métodos e condições apropriados. Portanto, a medida da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da HAS. Diante disto:

O limite escolhido para definir HAS é o de igual ou maior de 140/90mmHg, quando encontrado em pelo menos duas aferições, realizadas em momentos diferentes. [...]. A HA é, portanto, definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2002, p. 13).

Segundo a Revista Brasileira de Hipertensão (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010), a HAS classifica-se em diferentes graus de acordo com os níveis atingidos, conforme tabela a seguir:

Tabela 3 - Classificação da Hipertensão Arterial de acordo com os níveis pressóricos.

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA (mmHg)	PRESSÃO DIASTÓLICA (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão Sistólica a	≥ 140	< 90

Fonte: Brasil (2006)

O desenvolvimento da HAS está relacionado a diversos fatores de risco, que contribuem diretamente para sua instalação, dessa forma serão alvo de estudo nesta pesquisa. Essa diversidade de fatores contribui para as altas taxas de prevalência dessa patologia.

Podem-se descrever os seguintes fatores de risco:

- **Idade**

A HAS primária é mais prevalente em pessoas de idade mais avançada. Com o decorrer dos anos de vida, ocorre diminuição da elasticidade dos vasos sanguíneos, tornando-se mais rígidos, o que acaba contribuindo para o aumento da pressão arterial (WESCHENFELDER; GUE, 2012).

- **Genética**

O risco de uma pessoa desenvolver HAS é muito maior quando esta apresenta história familiar de casos de hipertensão. Uma vez que esse fator não pode ser modificado, o ideal seria que se conseguisse eliminar ou diminuir a exposição aos fatores ambientais, para tentar minimizar as chances de desenvolvimento de HAS (WESCHENFELDER; GUE, 2012).

- **Etnia**

Vários estudos já comprovaram que pessoas de etnia negra possuem maior risco de desenvolvimento de hipertensão, sendo, portanto, imprescindível que esses pacientes façam acompanhamento frequente, para que se possa identificar precocemente o início da hipertensão, caso ela ocorra (WESCHENFELDER; GUE, 2012).

- **Excesso de peso**

Pacientes que apresentam IMC elevado também possuem maior risco de desenvolvimento de HAS. Desse modo, são imprescindíveis as orientações para perda de peso, baseada em uma alimentação balanceada (rica em frutas e verduras) e prática de exercícios físicos (WESCHENFELDER; GUE, 2012).

- **Sedentarismo**

É essencial que o paciente seja orientado a se exercitar regularmente. Com a prática do exercício físico ocorre a liberação de hormônios endógenos que levam à vasodilatação, o que acaba diminuindo a pressão arterial, além de também auxiliar na perda de peso do paciente (WESCHENFELDER; GUE, 2012).

- **Elevado consumo de sal**

Com a ingestão excessiva de sal, ocorre maior absorção deste o que acaba levando também à maior absorção de água, desenvolvendo hipervolemia e consequente aumento da pressão arterial (WESCHENFELDER; GUE, 2012).

- **Consumo de tabaco e álcool**

Essas substâncias são frequentemente utilizadas por várias pessoas, o que acaba aumentando o risco de desenvolvimento de hipertensão. Assim, campanhas para desestimular o etilismo e tabagismo devem ser frequentemente realizadas, com o intuito de levar ao conhecimento das pessoas todos os efeitos maléficos dessas substâncias (WESCHENFELDER; GUE, 2012).

A exposição aos fatores de risco relatados, principalmente quando a vários deles, tende a aumentar as chances de desenvolvimento de HAS. Desse modo, medidas de prevenção devem ser instituídas, principalmente para aqueles pacientes identificados como portadores de tais fatores de risco.

Mediante o diagnóstico de HAS deve-se considerar, *“além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global, estimado pela presença de outros fatores de risco, pela presença das lesões nos órgãos-alvo e comorbidades associadas”* (BRASIL, 2006b, p. 14). O diagnóstico deve ser feito de forma muito criteriosa (BRASIL, 2006b). A realização da investigação clínico-laboratorial deve se basear nos seguintes objetivos:

- Confirmar a elevação da PA e firmar o diagnóstico;
- Avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo;
- Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e risco cardiovascular global;
- Diagnosticar doenças associadas à hipertensão;
- Diagnosticar quando houver a causa da hipertensão arterial.

(BRASIL, 2006b, p.15).

Para isso devem-se seguir as seguintes etapas: história clínica, exame físico e avaliação laboratorial inicial. Dados como identificação, história atual, investigação sobre os diversos aparelhos e fatores de risco, história pregressa, história familiar de AVC, perfil psicossocial, avaliação dietética, consumo de medicamentos e padrão de atividade física deve ser investigado e são fatores de extrema importância na conclusão do diagnóstico (BRASIL, 2006b).

No entanto, conforme ressalta o Ministério da Saúde, um desafio é manter a motivação do usuário para que ele não abandone o tratamento. Ressalta, também, que a situação é mais delicada ainda uma vez que muitos hipertensos apresentam outras comorbidades tais como diabetes, dislipidemia e obesidade. Conseqüentemente há implicações importantes quando o assunto é o gerenciamento das ações terapêuticas necessárias, o que demanda perseverança, motivação e educação continuada (BRASIL, 2006b).

Isso significa dizer que não basta saber conceituar, classificar, diagnosticar e tratar a HAS. Além de compreender que pode haver determinantes sociais envolvidos, é preciso que os profissionais saibam aplicar tecnologias e estratégias pedagógicas que mantenha a motivação do hipertenso em não abandonar o tratamento e controle adequadamente sua pressão para evitar complicações.

5. 2 Abordagens ao hipertenso na equipe de Saúde da Família

O Programa Saúde da Família foi instituído no Brasil em 1994 com o objetivo de implantar o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecido na Constituição Federal Brasileira de 1988. É um projeto dinamizador do SUS, condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. Visando a reorientação do modelo assistencial brasileiro, o Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, a implantação do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2011). Posteriormente, deixou de ser designado como Programa, pois não era uma designação que representasse adequadamente a ideia que gerou a proposta. Assim, atualmente é usada a denominação Estratégia Saúde da Família (ESF) e, para o Ministério da Saúde (MS).

[...] a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde,

prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2011, p. 1).

Apesar de o Ministério da Saúde incluir na definição da saúde da família a atuação multiprofissional na Atenção Primária à Saúde, aí destacando o trabalho com pacientes portadores da HAS, sua organização é quase que exclusivamente centrada no binômio médico-enfermeiro e nos ACS. A expectativa é de que a inserção de outros profissionais, especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, professores de educação física seria bastante enriquecedora, pois garantiria ações interdisciplinares para a prevenção do DM e da HAS (BRASIL, 2006a).

É importante registrar que a adoção da estratégia de Saúde da Família como política prioritária de atenção básica, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis para a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a HAS e o *Diabetes Mellitus*. Apesar das equipes não serem verdadeiramente multiprofissionais, várias ações de promoção e proteção à saúde vêm sendo desenvolvidas pelas equipes que implementam a estratégia de saúde da família no Brasil. Ressalte-se que o trabalho das equipes é o eixo principal de articulação entre as família e comunidade, cabendo à equipe articular as várias ações que desenvolve e estabelecer vínculos (BRASIL, 2006a).

Acreditando no potencial da ESF para o controle das doenças crônicas não transmissíveis, o Ministério da Saúde lançou, em 2001, o Plano de Reorganização da Atenção à HAS e ao Diabetes Mellitus, estabelecendo a educação do hipertenso como responsabilidade de todos os membros da equipe. Especificamente, para o médico está estabelecido que ele devesse, entre outras ações

Programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente; para o enfermeiro estão estabelecidas, entre outras competências: [...] desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos e diabéticos; Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos) (BRASIL, 2002, p.86-87).

Assim, este projeto parte do ponto de partida de que é possível educar o hipertenso e que a ESF tem um papel importante nisso.

5. 3 Educação em saúde aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica

A educação em saúde é apresentada como uma das possibilidades de atuação do profissional de saúde para orientação das atividades a serem desenvolvidas com pessoas com diagnóstico de HAS, assim como importante método a ser implementado com vistas à prevenção do surgimento da doença e/ou de suas complicações.

Há muito tempo se discute acerca da importância da utilização da prática educativa como aliada do processo de promoção da saúde nos diversos cenários nos quais o cuidado à saúde é prestado e, dentre estes, principalmente na atenção primária.

De acordo com Meyer (2006), o acesso à informação por parte da população tem sua importância reconhecida no processo educativo. Não se defende uma prática completamente separada desse tipo de intervenção, porém, o que se discute é se apenas a oferta de informações, por si só, é suficiente para que haja melhora no nível de saúde da população.

Assim, atualmente ganha importância o modelo radical de educação em saúde, que atua com base na construção compartilhada de saberes e, portanto, tem suas ações formuladas com intuito de se aproximarem dos princípios norteadores da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Conforme Besen (2007), neste método destaca-se o direito à saúde e à autonomia do indivíduo como condições indispensáveis ao processo educativo. Nesse modelo, as propostas educativas não se baseiam na transmissão de conhecimentos historicamente acumulados pelas profissões da saúde para a prevenção e cura de doenças, e sim, para a melhoria da qualidade de vida do ser humano por meio do reconhecimento das reais necessidades apresentadas por ele.

Assim, não se deve tratar a pessoa com HAS como se ela fosse uma mera espectadora da relação de cuidado, gerando uma verdadeira opressão de saberes. Ao contrário, deve-se levar em consideração seu papel de coprodutora do cuidado, por meio de uma relação baseada no respeito dos diferentes saberes.

Para tanto, Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007) apontam como importante o investimento no modelo dialógico de educação em saúde que possibilitará a incorporação, por parte da equipe de saúde, de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, a humanização das práticas de saúde e a busca constante por qualidade da assistência e resolubilidade. Nesse contexto, a educação em saúde surge como uma das possibilidades de intervenção, pois pode atuar no esclarecimento do que vem a ser a doença e de quais suas repercussões na vida do indivíduo.

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2010 orientam a utilização da educação em saúde, realizada individualmente ou em grupo, como estratégia a ser utilizada pelos profissionais durante o acompanhamento da pessoa com HAS. Para tanto, deve-se lançar mão dos diversos recursos disponíveis com o intuito de se atingir resultados satisfatórios.

A adesão ao tratamento é considerada um ponto preponderante na terapêutica da HAS. Ao internalizar a importância da prática de hábitos de vida saudáveis atrelada ao uso correto da medicação, quando necessária, o indivíduo abre caminho para que possa atuar como sujeito do seu tratamento, realizando suas próprias escolhas e não mais atuando como mero receptor de orientações dos profissionais.

Nesse aspecto, percebe-se a educação em saúde como forma privilegiada de se abordar esse conhecimento próprio apresentado pela pessoa com HAS e, além disso, como espaço privilegiado para as práticas de saúde, principalmente quando executada na atenção primária.

Assim, atualmente, reconhece-se que fatores culturais são preponderantes na adesão ao processo terapêutico da pessoa com HAS, pois fatores como estilo de

vida, hábitos, rotinas e costumes tendem a influenciar diretamente muitas das decisões tomadas pelo indivíduo (BOEHS *et al.*, 2007).

A atuação do médico deve estar pautada na compreensão das reais necessidades da população que assiste, pois é reconhecida a existência de diversos fatores que facilitam e dificultam a adesão ao tratamento da HAS, como, por exemplo, a baixa condição socioeconômica apresentada pelo usuário, bem como sua baixa autoestima (TAVEIRA; PIERIN, 2007).

Dessa forma, o profissional passa a entender que diversos fatores atuam de forma a influenciar o sujeito em suas decisões. Sendo assim, percebe o espaço da educação em saúde como privilegiado para trabalhar questões que ultrapassam o biológico, com intuito de que se alcance a construção de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis às necessidades dos indivíduos que, por meio do processo de empoderamento, estarão aptos a desenvolver maior controle sobre suas condições de vida individual e coletiva (BESEN *et al.*, 2007).

Percebe-se a importância da prática educativa executada pelo médico, individualmente ou como parte da equipe multiprofissional, com intuito de se conseguir a recuperação, manutenção e/ou promoção da saúde dos sujeitos por ele assistidos, pois este profissional está, geralmente, em constante contato com o usuário, podendo, assim, reconhecer suas reais necessidades e, com isso, ter atuação mais efetiva.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

De acordo com este método PES foi elaborado um plano de ação para intervenção sobre o problema identificado como prioritário, ou seja: a alta prevalência de hipertensos devido à grande exposição aos fatores de risco. Neste contexto, quatro momentos caracterizaram o processo de planejamento, sendo eles: o momento explicativo, o momento normativo, o momento estratégico e o momento tático-operacional, conforme segue nas tabelas a seguir:

A partir do desenvolvimento do trabalho, identificaram-se os recursos críticos que devem ser aplicados para cumprir o estabelecido nos objetivos, como segue:

- **Identificar os pacientes de idade mais elevada (≥ 40 anos):** Para tanto utilizaremos recursos cognitivos, tais como realização de grupos para informação da população sobre sintomas e consequências da HAS, importância do diagnóstico precoce da doença e informações sobre os motivos de maior incidência de HAS em pessoas de idade mais elevada, e organizacionais, como disponibilizar pessoas para busca ativa e revisão de prontuários para análise das idades dos pacientes.
- **Identificar os pacientes que possuem casos de HAS na família:** Para este fim utilizaremos recursos cognitivos, como realização de grupos para informação da população sobre sintomas e consequências da HAS, importância do diagnóstico precoce da doença e informações sobre a maior incidência de HAS em pacientes que possuem história familiar positiva para a doença e organizacionais, como disponibilizar pessoas para busca ativa e revisão de prontuários para identificar os parentes dos pacientes com HAS.

Tabela 4 – Desenho das Operações

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados
Idade	Identificar os pacientes de idade mais elevada (≥ 40 anos)	Com a identificação de pacientes com idade elevada, podem-se implantar medidas comportamentais para diminuir a incidência de HAS	Campanhas educativas para informação da população
Genética	Identificar os pacientes que possuem casos de HAS na família	Com a identificação de pacientes com história familiar de HAS, podem-se implantar medidas comportamentais para diminuir a incidência de HAS	Campanhas educativas para informação da população
Etnia	Identificar os pacientes de raça negra	Com a identificação de pacientes de raça negra, podem-se implantar medidas comportamentais para diminuir a incidência de HAS	Campanhas educativas para informação da população
Excesso de peso	Medidas específicas para redução de peso	Redução do IMC	Campanhas educativas Dietas elaboradas por nutricionistas Realização de atividade física
Sedentarismo	Medidas específicas para prática de exercícios físicos	Diminuir o número de sedentários	Campanhas educativas Realização de atividade física orientada por educador físico
Elevado consumo de sal	Mudança de hábitos alimentares	Adesão à dieta hipossódica	Campanhas educativas
Consumo de tabaco e álcool	Tratamento específico para tabagismo e etilismo	Redução no número de usuários de álcool e tabaco	Campanhas educativas Tratamento medicamentoso

- **Identificar os pacientes de raça negra:** Neste objetivo também utilizaremos recursos cognitivos, como realização de grupos para informação da população sobre sintomas e consequências da HAS, importância do diagnóstico precoce da doença e informações sobre a maior incidência de HAS na população de raça negra e organizacionais, como disponibilizar pessoas para busca ativa e revisão de prontuários para identificação dos pacientes de raça negra.
- **Medidas específicas para redução de peso:** Para este fim utilizaremos recursos organizacionais e políticos, com ações como disponibilizar profissionais da área de nutrição e educação física para elaboração de dietas e realização de exercícios físicos orientados para a população-alvo.
- **Medidas específicas para prática de exercícios físicos:** Neste quesito lançaremos mão de recursos cognitivos, como campanhas educativas para a população sobre a importância de exercícios físicos e políticos, como disponibilizar profissionais de educação física para orientação de exercícios físicos para a população.
- **Mudança de hábitos alimentares:** Para este fim utilizaremos recursos cognitivos, tais como informar a população sobre a maior incidência de HAS em pessoas com consumo elevado de sal, sendo imprescindível a realização de dieta hipossódica.
- **Tratamento específico para tabagismo e etilismo:** Por fim, para este objetivo utilizaremos recursos cognitivos, como campanhas educativas sobre o fato de maior incidência de HAS em usuários de álcool e tabaco, e financeiro, com o fornecimento de medicamentos para tratamento de tabagismo e etilismo.

Na tabela 5 apresentamos a viabilidade do plano de ação proposto:

Tabela 5 – Análise da viabilidade do Plano

Operação/Projeto	Recursos Críticos	Ator que Controla	Motivação
Identificar os pacientes de idade mais elevada (≥40 anos)	Cognitivo		
	Organizacional	Profissionais da ESF	Favorável
Identificar os pacientes que possuem casos de HAS na família	Cognitivo		
	Organizacional	Profissionais da ESF	Favorável
Identificar os pacientes de raça negra	Cognitivo	Profissionais da ESF	Favorável
	Organizacional		
Medidas específicas para redução de peso	Organizacional	Secretaria de Saúde	Indiferente
	Político		
Medidas específicas para prática de exercícios físicos		Profissionais da ESF	Favorável
	Cognitivo		
	Político	Secretaria de Saúde	Indiferente
Mudança de hábitos alimentares	Cognitivo	Profissionais da ESF	Favorável
Tratamento específico para tabagismo e etilismo	Cognitivo	Profissionais da ESF	Favorável
	Financeiro		
		Secretaria de Saúde	Favorável

Já na tabela 6 apresenta-se o plano operativo em si, com apresentação dos responsáveis por cada atividade proposta.

Tabela 6 – Elaboração do Plano Operativo

Operação/Projeto	Responsável
Identificar os pacientes de idade mais elevada (≥ 40 anos)	Médica. Enfermeiro. Agentes comunitários de saúde
Identificar os pacientes que possuem casos de HAS na família	Médica. Enfermeiro. Agentes comunitários de saúde
Identificar os pacientes de raça negra	Médica. Enfermeiro. Agentes comunitários de saúde
Medidas específicas para redução de peso	Médica. Enfermeiro
Medidas específicas para prática de exercícios físicos	Médica. Enfermeiro
Mudança de hábitos alimentares	Médica. Enfermeiro Agentes comunitários de saúde
Tratamento específico para tabagismo e etilismo	Médica. Enfermeiro

O prazo que se propõe para realização e aplicação do planejamento estratégico situacional, com a realização das operações/projetos são cinco meses.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão bibliográfica nos mostrou a importância de manter-se os usuários motivados para aderir o tratamento e também incorporar hábitos de vida saudáveis.

Espera-se com este Plano de Intervenção implantar uma nova forma de funcionamento dos grupos realizados atualmente para os usuários portadores de HAS. As atividades pautarão nas mudanças efetivas dos estilos de vida, de forma que se utilize uma equipe multidisciplinar nessas atividades. Além do atendimento dos portadores de HAS, haverá benefícios também aos portadores de outras patologias como, por exemplo, o Diabetes Mellitus que é a 2ª morbidade em número de casos na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família a qual pertencemos. Através das atividades vai-se propiciar encontro entre usuário e profissional.

Merhy (2002) enfatiza que, nessa relação de encontro, há um espaço estratégico para as mudanças no modo de produzir saúde, permitindo que coloquemos o usuário, com suas necessidades, no centro da atenção para produção do cuidado. Dessa forma, propicia-se para a comunidade um processo de trabalho diferenciado, onde ela faz parte do serviço e não se sujeita a ele.

Enfim a expectativa é de que as atividades realizadas propiciarão uma nova concepção pedagógica para os profissionais da equipe e a comunidade, fortalecendo as ações de saúde. De forma que essas atividades se tornem rotineiras no atendimento da população hipertensa ou em situação de risco para desenvolvimento para desenvolver HAS.

REFERÊNCIAS

BESEN, C. B.; SOUZA NETTO, M.; DA ROS, A. A.; SILVA, F. W.; SILVA, C. G.; PIRES, M. F. A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**. v.16, n.1, p. 57-68. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/06.pdf>. Acesso em: março de 2014.

BOEHS A. E.; MONTICELLI, M.; WOSNY, A. M.; HEIDEMANN, I.B.S.; GRISOTTI, M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm [online]**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-314. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a14v16n2.pdf>. Acesso em: março de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e Diabete Mellitus. **Manual de Hipertensão arterial e Diabete Mellitus**. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf. Acesso em: janeiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais** - Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd14.pdf. Acesso em: janeiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Cadernos de Atenção Básica nº 15. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf. Acesso em: março de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de informação da atenção básica: SIAB. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico de 2010**. Disponível em: <<http://www.scielobr.com.br>>. Acesso em: dezembro de 2013.

MERHY, E.E. **A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo, Hucitec, 2002.

MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F.; VALADÃO, M. M.; AYRES, J. R. C. M. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 22, n. 6. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600022. Acesso em: março de 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **O Relatório Mundial de Saúde 2002: redução de riscos, promovendo vida saudável**. Genebra, Suíça: WHO, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo: SBC; SBH; SBN, 2010. Disponível em <<http://www.sbh.org.br/documentos/index.asp>>. Acesso em: abril de 2014.

SÁ, M.C.; ARTMANN, E. **O Planejamento estratégico em saúde: desafios e perspectivas para o nível local**. In: MENDES, E. V. Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário. Brasília: OPAS, 994, p. 19-44. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/O%20Planejamento%20Estrat%C3%A9gico%20Situacional%20no%20n%C3%ADvel%20local%20um%20instrumento%20a%20favor%20da%20vis%C3%A3o%20multisetorial.pdf>. Acesso em: abril de 2014.

TAVEIRA, L. F.; PIERIN, A. M. G. O nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos? **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 5. 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421877008>. Acesso em: março de 2014.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto - enferm.** [online], v.16, n.2, p. 233-238. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a04v16n2>. Acesso em: maio de 2014.

WESSCHENFELDER, M., D.; GUE, M. J. **Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família**. Revista Enfermería Global. Nº 26 Abril 2012. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/pt_revision5.pdf. Acesso em: março de 2014.