

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

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MUDANÇA DE HÁBITOS DE
VIDA APÓS O DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA EM USUÁRIOS CADASTRADOS NA ESF DA ZONA
RURAL DE POÇOS DE CALDAS-MG

Samuel Lima Silva

CAMPUS GERAIS-MG
2014

SAMUEL LIMA SILVA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MUDANÇA DE HÁBITOS DE
VIDA APÓS O DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA EM USUÁRIOS CADASTRADOS NA ESF DA ZONA
RURAL DE POÇOS DE CALDAS-MG**

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: Flávia de Oliveira

SAMUEL LIMA SILVA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MUDANÇA DE HÁBITOS DE
VIDA APÓS O DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA EM USUÁRIOS CADASTRADOS NA ESF DA ZONA
RURAL DE POÇOS DE CALDAS-MG**

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: Flávia de Oliveira

Banca Examinadora
Prof(a)
Prof(a)

Aprovado em Belo Horizonte, ____/____/____

CAMPUS GERAIS-MG
2014

DEDICATORIA

Dedico este trabalho a Deus, aos meus pais e amigos.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”. (Albert Einstein)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à equipe de ESF de Poços de Caldas, à gestora municipal do Provac (Elaine), a minha orientadora (Flávia), ao supervisor do Provac (Flávio) e principalmente aos pacientes e amigos da Zona Rural do município.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica com alta prevalência na população brasileira e mundial que acarreta elevado custo econômico e social, principalmente em decorrência das suas complicações. Por ser, na maior parte do seu curso, assintomática, seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. O objetivo do presente estudo é elaborar uma proposta de intervenção para mudanças de hábitos de vida de pessoas hipertensas cadastradas na ESF de um município do sul de Minas Gerais. Foi realizada revisão narrativa da literatura nas bases de dados SciELO e LILACS que teve como descritores: Hipertensão Arterial e Programa de Saúde da Família. O Projeto de Intervenção foi delineado com base em uma reunião de equipe que detectou como principal nó crítico da unidade o inadequado controle e acompanhamento efetivo dos pacientes hipertensos. Espera-se que esse trabalho ajude na conscientização da população e dos profissionais da saúde a respeito dessa temática.

ABSTRACT

The systemic arterial hypertension is a chronic disease with high prevalence in Brazil and the world's population carries a high economic and social costs, mainly due to its complications. Being in the majority of its stroke, asymptomatic, diagnosis and treatment are often overlooked, adding to that the low compliance by the patient, the treatment prescribed. The objective of this study is to develop a proposal for intervention to change habits of life of hypertensive people registered at the FHS of a municipality in southern Minas Gerais. A narrative review of the literature was performed in the SciELO and LILACS had as descriptors: Hypertension and the Family Health Program. The Intervention Project was designed based on a one staff meeting that detected as the main critical node of the unit, the inappropriate control and effective monitoring of hypertensive patients. It is hoped that this work will help in promoting awareness and health professionals regarding this issue.

LISTA DE ABREVIATURAS / SIGLAS

| | |
|--------|--|
| BVS | Biblioteca Virtual de Saúde |
| DCNT | Doenças Crônicas não Transmissíveis |
| ECG | Eletrocardiograma |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| HAS | Hipertensão arterial sistêmica |
| HDL | Lipoproteína de alta densidade |
| IMC | Índice de massa corporal |
| Lilacs | Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde |
| MAPA | Monitorização ambulatorial da pressão arterial |
| MRPA | Monitorização residencial da pressão arterial |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ProVAB | Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica |
| SciELO | Scientific Electronic Library Online |
| TRI | Triglicérides |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1:..... | 18 |
| Classificação da pressão arterial segundo os valores da pressão arterial sistólica e da pressão diastólica, segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial | |
| Tabela 2:..... | 19 |
| Classificação da pressão arterial segundo os valores da pressão arterial sistólica e da pressão diastólica, segundo o VII Joint National Committee | |
| Tabela 3:..... | 20 |
| Princípios Gerais do Tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial | |
| Tabela 4:..... | 24 |
| Nós críticos na ESF da zona rural de Poços de Caldas. | |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|-------------------------------------|----|
| Figura 1: | 26 |
| Explicação do Problema | |
| Figura 2: | 27 |
| Desenho das operações | |
| Figura 3: | 28 |
| Identificação dos recursos críticos | |
| Figura 4: | 29 |
| Viabilidade do Plano | |
| Figura 5: | 30 |
| Elaboração do plano operativo | |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 12 |
| 2. OBJETIVO | 15 |
| 3. METODOLOGIA | 16 |
| 4. REVISÃO DE LITERATURA | 17 |
| 4.1 Epidemiologia da Hipertensão Arterial | 17 |
| 4.2 Diagnóstico Clínico | 17 |
| 4.3 Aferição da Pressão Arterial | 18 |
| 4.4 Estadiamento | 19 |
| 4.5 Avaliação e Tratamento | 20 |
| 4.6 Mudança dos hábitos de vida | 21 |
| 4.7 Acompanhamento dos hipertensos na Atenção Primária..... | 22 |
| 5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO | 25 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 32 |
| 7. REFERENCIAS | 34 |

1. INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Consideradas como epidemia, essas constituem sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda *per capita*. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que as DCNT são responsáveis por 61% de todas as mortes ocorridas no mundo, ou cerca de 35 milhões de mortes em 2005 (OMS, 2005).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica com alta prevalência na população brasileira e mundial, acarreta elevado custo econômico e social, principalmente em decorrência das suas complicações (MOUSINHO; MOURA, 2008).

Em 2001, as doenças cardiovasculares ocuparam, no grupo de causas definidas de morte, o primeiro lugar, seguida pelas neoplasias com 15,2% e das causas externas com 14,6% (SILVA JÚNIOR, 2003).

No ano de 2008, dados estatísticos demonstraram que o número de hipertensos estava em aproximadamente 600 milhões, sendo que 500 milhões necessitavam de intervenção médica imediata. De acordo com o relatório do *World Health Report*, a hipertensão arterial é classificada como o terceiro principal fator de risco associado à mortalidade mundial, atrás somente do sexo inseguro e desnutrição (SILVA, 2009).

No Brasil, aproximadamente 30% de sua população é hipertensa. Deste montante, cerca de 5% são crianças e adolescentes. Trezentas mil pessoas morrem anualmente por doenças cardiovasculares sendo que metade são decorrentes da hipertensão. Segundo o Ministério da Saúde cerca de 15 milhões de hipertensos desconhecem sua condição (SILVA, 2009).

É previsto que no ano de 2025 o número de hipertensos em países em desenvolvimento, como o Brasil, tenha projeção de crescimento de 80% (OMS, 2005).

A morbimortalidade devida à hipertensão arterial é muito alta e, por isso, essa doença é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Por ser, na maior parte do seu curso, assintomática, seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. O tratamento tem como objetivo promover a melhoria da qualidade de vida, prevenir complicações agudas e crônicas relacionadas diretamente ou indiretamente à hipertensão, de acordo com a classificação de risco, com o tratamento das doenças concomitantes e com a redução da mortalidade (BRASIL, 2006).

Durante minha experiência como profissional incluído no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (ProVAB) e atuando na ESF da Zona Rural de Poços de Caldas, pude vivenciar que apesar das várias divulgações e campanhas em veículos de comunicação a respeito da HAS, suas complicações e seus fatores de risco, as pessoas portadoras dessa enfermidade ainda apresentam sérias dificuldades em lidar com essa questão. É notório que grande parcela da população não adere ao tratamento medicamentoso, tão pouco às mudanças nos hábitos de vida necessárias para o controle da HAS.

Desse modo, embora tenha sido possível levantar, intuitivamente as possíveis causas do problema e as práticas desejadas, considerou-se necessário pela equipe de saúde da ESF Zona Rural, o desenvolvimento de um projeto de intervenção para nortear as ações realizadas pela equipe, para o controle e acompanhamento efetivo das pessoas hipertensas atendidas pelo serviço.

2. OBJETIVO

Elaborar proposta de intervenção para mudanças de hábitos de vida de pessoas hipertensas cadastradas na ESF rural de Poços de Caldas-MG.

3 METODOLOGIA

A iniciativa para a elaboração desse trabalho surgiu devido à realização de um diagnóstico situacional, na ESF rural de Poços de Caldas, no primeiro semestre de 2013, em decorrência das atividades realizadas no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Para a realização do diagnóstico situacional foi necessário recorrer a dados da Secretaria Municipal de Saúde de Poços de Caldas, dados fornecidos pela equipe de saúde e também pela população adscrita. A partir desse diagnóstico situacional foram detectados vários nós críticos, sendo que o principal problema detectado foi o inadequado controle e acompanhamento dos hipertensos atendidos no serviço.

Foi realizada revisão narrativa da literatura. A busca foi realizada no site da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados SciELO e LILACS a partir dos descritores: Hipertensão Arterial e Programa de Saúde da Família. A revisão narrativa é uma produção ampla, apropriada para descrever um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou conceitual. Constituem-se basicamente de análise da literatura publicada em livros, artigos e outras fontes (MORESI, 2003).

O projeto de intervenção educacional visa proporcionar meios para que o indivíduo altere o meio em que vive de maneira positiva, promovendo modificações benéficas ao seu estilo de vida. Esse enfoque permite aos indivíduos um conhecimento sobre o problema, seus determinantes e características que ressaltam a importância da participação tanto na identificação quanto no controle dos fatores de risco. Também ajuda no desenvolvimento de estratégias que buscam intervir nos fatores determinantes, além de contribuir para a mudança de comportamentos críticos do indivíduo. (NERI, 2003).

Para finalizar o trabalho, elaborou-se uma proposta de intervenção para mudanças de hábitos de vida de pessoas hipertensas cadastradas na ESF rural de Poços de Caldas-MG.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 A epidemiologia da Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial pode ser definida como uma condição clínica multifatorial que se caracteriza por níveis pressóricos elevados e que está também relacionada ao aumento do risco cardiovascular devido ao fato de associar-se com alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (vasos sanguíneos, coração, e rins), e metabólicas. (PARK, 2007).

Estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que as Doenças Crônicas são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças (OLIVEIRA, 2009).

Podemos caracterizar uma pessoa como hipertensa quando há uma pressão sistólica superior a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior de 90 mmHg, com base em mensurações repetidas da pressão arterial, em, pelo menos, três ocasiões (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

No Brasil, em 2008, as doenças crônicas foram responsáveis por 62,8% do total das mortes. As doenças cardiovasculares foram responsáveis por 33% dos óbitos. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada, com uma equipe de multiprofissionais como nutricionistas, educadores físicos e assistentes sociais, ou seja, com o acompanhamento e controle da doença de forma efetiva e com eficácia. Segundo o Ministério de Saúde (2009), estão bem estabelecidas quais ações de saúde devem ser implementadas para o efetivo controle desses agravos e de seus fatores de risco, visando, sobretudo para sua prevenção, diagnóstico e tratamentos oportunos e de qualidade.

4.2 Diagnóstico Clínico

Para o diagnóstico de hipertensão arterial é necessário a aferição da pressão arterial em diferentes situações e momentos afim de estabelecer o comportamento da pres-

são arterial do paciente. Isso é necessário devido à variabilidade fisiológica da pressão arterial (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Antes de definir que uma pessoa é hipertensa é importante lembrar-se da Hipertensão do Jaleco Branco, que ocorre quando pessoas apresentam pressão arterial maior ou igual a 140x90 mmHg quando um médico ou um profissional de saúde afere a pressão, não ocorrendo ao ser aferida por parentes ou amigos, ou até mesmo por meio da monitorização ambulatorial (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010)

Considerando a variabilidade da pressão e a existência da Hipertensão do Jaleco Branco, pode-se diagnosticar a hipertensão arterial de três maneiras:

- Pressão aferida no consultório: ocorre quando a média entre duas medidas da pressão arterial, em pelo menos duas consultas, com níveis iguais ou maiores que 140x90 mmHg
- Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA): quando a média das aferições da pressão arterial se situa em valores maiores que 130x85 mmHg. Um protocolo recomenda que estas medidas sejam feitas por um aparelho devidamente calibrado e que sejam feitas três medidas matinais antes do café da manhã, três à noite antes do jantar, mínimo de cinco dias consecutivos de atividade habituais, deprezando-se as medidas do primeiro dia.
- Monitorização ambulatorial (MAPA): consiste na média das aferições automáticas. Durante o período de vigília, com valores maiores que 130x85 mmHg; Pressão de 24 horas com valores maiores que 125x75mmHg e pressão no sono com valores maiores que 110x70mmHg. (STERGIOUS, 2002).

4.3 Aferição da Pressão Arterial

Para se realizar a medida da pressão arterial de maneira correta o paciente deve estar em repouso e sendo submetido ao menor estresse possível. O preparo do paciente é o passo inicial da técnica. O paciente deve ser informado previamente a respeito do procedimento que irá ser submetido, devendo ser posicionado sentado e com as pernas descruzadas. O paciente não deve ter fumado cigarro, tomado café, ingerido bebidas alcoólicas e não ter alimentado copiosamente por pelo menos os 30 minutos prévios; não ter feito exercício físico nos 60 a 90 minutos antes da aferição e estar com a bexiga vazia (GELEILETE, 2009).

A escolha do equipamento é importante. O mesmo deve ser validado e devidamente calibrado. Na esfigmometria o tamanho do manguito deve circundar pelo menos 75 a 80% da circunferência do braço, caso contrário, pode ocorrer superestimação de 10 a 50 mmHg da pressão quando se usa manguitos menores do que o recomendado (BEEVERS, 2001).

4.4 Estadiamento

De acordo com os dados da VII publicação do *Joint National Comitee of Hight Blood Presure*, de 2003, e da VI Diretriz de Hipertensão Arterial podemos estadiar a pressão arterial da seguinte forma (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Tabela 1: Classificação da pressão arterial segundo os valores da pressão arterial sistólica e da pressão diastólica, segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial

| Classificação da pressão arterial | Pressão arterial sistólica (mmHg) | | Pressão arterial diastólica (mmHg) |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----|------------------------------------|
| Ótima | < 120 | e | < 80 |
| Normal | < 130 | e | < 85 |
| Limítrofe | 130 a 139 | ou | 85 a 89 |
| Estágio 1 | 140 a 159 | ou | 90 a 99 |
| Estágio 2 | 160 a 179 | ou | 100 a 109 |
| Estágio 3 | ≥ 180 | ou | ≥ 110 |
| Hipertensão sistólica isolada | ≥ 140 | e | < 90 |

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010.

Tabela 2: Classificação da pressão arterial segundo os valores da pressão arterial sistólica e da pressão diastólica, segundo o VII *Joint National Committee*

| Classificação da pressão arterial | Pressão arterial sistólica (mmHg) | | Pressão arterial diastólica (mmHg) |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----|------------------------------------|
| Normal | < 120 | e | < 80 |
| Pré-hipertensão | 120 a 139 | ou | 80 a 89 |

| | | | |
|-------------------------------|-----------|----|---------|
| Hipertensão estágio 1 | 140 a 159 | ou | 90 a 99 |
| Hipertensão estágio 2 | ≥ 160 | ou | ≥ 100 |
| Hipertensão sistólica isolada | ≥ 140 | e | < 90 |

Fonte: The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. JAMA 2003; 289:2560-72.

4.5 Avaliação e Tratamento

É importante durante a avaliação clínica e laboratorial inicial do paciente hipertenso ter como objetivos: confirmar o diagnóstico de HAS; identificar fatores de risco para as doenças cardiovasculares; pesquisar lesões em órgãos-alvo, clínicas ou subclínicas e a presença de outras doenças associadas; estratificar o risco cardiovascular global e avaliar indícios do diagnóstico de hipertensão arterial secundária. Também se pode complementar a avaliação inicial do paciente com alguns exames como: análise de urina, potássio plasmático, creatinina plasmática, glicemia de jejum, colesterol total, HDL, TRI, ácido úrico, ECG (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

O tratamento do paciente com hipertensão arterial tem como objetivo a redução da morbidade e da mortalidade, para isso, são usadas tanto medidas não-farmacológicas isoladas, como associadas aos medicamentos anti-hipertensivos. Os fármacos anti-hipertensivos são utilizados não só para redução dos níveis tensionais do paciente, mas também para reduzir os eventos cardiovasculares fatais e não fatais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Tabela 3: Princípios Gerais do Tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial

Princípios gerais do tratamento medicamentoso da hipertensão arterial.

- O medicamento anti-hipertensivo deve:
 - Ser eficaz por via oral;
 - Ser bem tolerado;
 - Permitir a administração em menor número possível de tomadas, diárias, com preferência para posologia de dose única diária.
- Iniciar com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente. Deve-se levar em conta que quanto maior a dose, maiores serão as probabilidades de efeitos adversos.
- Pode-se considerar o uso combinado de medicamentos anti-hipertensivos em pacientes com hipertensão em estágios 2.
- Respeitar o período mínimo de quatro semanas, salvo em situações especiais,

para aumento de dose, substituição da monoterapia ou mudança da associação de fármacos.

- Instruir o paciente sobre a doença hipertensiva, particularizando a necessidade do tratamento continuado, a possibilidade de efeitos adversos dos medicamentos utilizados, a planificação e os objetivos terapêuticos.
- Considerar as condições socioeconômicas.

Fonte: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Os agentes anti-hipertensivos auxiliam na terapêutica do paciente por meio de diferentes mecanismos que interferem na fisiopatogênese da hipertensão arterial. De maneira geral, podem ser classificados em cinco classes distintas como os: diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, antagonistas do sistema renina-angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio (LAW, 2009).

Além de entender quais medicamentos anti-hipertensivos são usados na HAS é relevante saber que a adesão pode ser determinada pela concordância entre a prescrição médica e o comportamento do paciente (NOBRE, 2001).

Como a hipertensão se apresenta na maioria das vezes de forma assintomática, muitos hipertensos não são diagnosticados ou quando são, apresentam baixa adesão ao tratamento. Isto se deve principalmente: complexidade do tratamento; circunstâncias sociais que dificultam a aquisição de medicamentos; desconhecimento do caráter incurável da hipertensão primária, da regularidade do tratamento e das complicações (LESSA, 1997; MION, 2006).

4.6 Mudança dos hábitos de vida.

A mudança dos hábitos de vida é uma iniciativa que deve ser estimulada em todos os pacientes hipertensos. Existem certas medidas que são comprovadamente benéficas para a redução da pressão arterial como: redução no peso, diminuição da ingestão de sal e álcool e atividades físicas (AMODEO, 1996).

Redução do peso.

A diminuição do peso corporal é uma das estratégias a ser alcançada nos pacientes hipertensos. De acordo com estudo *The Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group*, a redução de 3,8kg do peso do indivíduo está associado a uma diminuição de 5,3/6,2 mmHg na pressão sistólica e diastólica, respectivamente. A meta a ser alcançada é a diminuição do índice de massa corporal (IMC) para valores menores que 25 kg/m² e de circunferência abdominal

para valores menores que 102 cm em homens e 88 nas mulheres (I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, 2005).

Diminuição da ingestão de sal

A ingestão de sal não deve ultrapassar 6g de sal por dia. Dessa forma, deve-se dar preferência para alimentos naturais e evitar os enlatados, conservas, embutidos e defumados, os quais apresentam alto teor de sódio (SILVEIRA, 2007).

Moderar o consumo de álcool

O consumo excessivo de etanol está relacionado ao aumento da pressão arterial e ao aumento da morbidade e mortalidade cardiovasculares. Há algumas evidências frágeis de que o consumo de pequenas quantidades de etanol poderia levar a diminuição da pressão arterial, mas isto ainda requer comprovação. Devido a controvérsia existente com relação à segurança e as doses para se obter o benefício cardiovascular é recomendado não ultrapassar 30g de etanol dia, para os homens e 15g para as mulheres (MALACHIAS, 2010).

Atividades físicas regulares

O exercício físico pode ter efeito hipotensor importante, quando realizados com bom planejamento e com orientação correta, levando-se também em consideração a sua duração e intensidade (GALLO, 1997).

Em estudos epidemiológicos evidencia-se a associação entre o baixo nível de atividade física ou condicionamento físico com a existência da hipertensão arterial. A atividade física regular está associada com a redução significativa dos níveis pressóricos nos pacientes hipertensos (BALDISSERA, 2009).

4.7 Acompanhamento dos hipertensos na Atenção Primária

A maioria dos hipertensos é acompanhada pela Atenção Primária a Saúde, e com base na assistência integral à saúde faz-se necessário tratar o indivíduo como um todo, inserindo nesse contexto a prevenção, a promoção e a assistência, a fim de diminuir a morbidade destes pacientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O desenvolvimento de medidas de prevenção da hipertensão arterial representa enorme desafio tanto para os profissionais de saúde quanto para os gestores. No Brasil, atualmente cerca de 75% dos atendimentos são realizados por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). O diagnóstico precoce e a prevenção primária são as formas mais efetivas de se evitar as doenças e devem ser metas primordiais dos profissionais de saúde (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

O Ministério da Saúde vêm adotando várias estratégias e ações para reduzir o ônus das doenças cardiovasculares na população brasileira como as medidas anti-tabágicas, as políticas de alimentação e nutrição e de promoção da saúde com ênfase na escola, e ainda as ações de atenção à Hipertensão (LIMA, 2009).

Devido ao custo-benefício (consultas periódicas, grupos educativos, visitas domiciliares ao invés do gasto do tratamento das complicações como: hemodiálise, cirurgias de reperfusão do miocárdio, tratamento da retinopatia hipertensiva, internações, fisioterapia) é importante ampliar as ações em relação a esse grupo de risco. É notório que há diminuição dos gastos quando a intervenção é realizada na atenção primária, e não em outros níveis de atenção à saúde. Dessa forma, há a promoção da melhoria da qualidade de vida para a comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O acompanhamento e prevenção de danos dos pacientes hipertensos é uma das metas principais a ser realizada pela Estratégia de Saúde da Família. A hipertensão arterial é doença insidiosa e crônica, que pode permanecer sem apresentar sintomas por 15 a 20 anos, reforçando a importância do monitoramento e da adesão ao tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em relação ao tratamento, é necessário que haja mudança no estilo de vida do paciente, não só do hipertenso, mas também de toda a sua família. Isso é importante, para que haja a conscientização da importância dos hábitos saudáveis de vida (hábitos alimentares e práticas de exercícios) como medida fundamental para a prevenção da hipertensão (SARAIVA, 2007).

Percebe-se que alguns instrumentos da Atenção Primária à Saúde são de grande valia para ajudar na resolução dos problemas levantados. Podemos citar como exemplo: a organização de grupos educativos, que ajuda na orientação e

conscientização da doença; as visitas domiciliares, que promovem uma avaliação *in loco* do indivíduo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

5. PROJETO DE INTERVENÇÃO:

Para delinear o Projeto de Intervenção foi realizado o planejamento e a elaboração do plano de ação, seguindo os passos propostos por Cardoso, Faria e Santos (2010). O projeto de intervenção é descrito adiante.

Na unidade de saúde estudada foi possível detectar por meio de uma reunião com toda equipe os seguintes problemas principais:

Tabela 4: Nós críticos na ESF da zona rural de Poços de Caldas.

| Principais problemas | Importância | Urgência | Capacidade de Enfrentamento | Seleção |
|--|-------------|----------|-----------------------------|---------|
| Acompanhamento efetivo dos pacientes com Hipertensão Arterial. | Alta | 6 | Parcial | 1 |
| A melhoria da efetividade da equipe de saúde | Alta | 6 | Parcial | 1 |
| Manejo de tratamento com medicação controlada. | Alta | 6 | Parcial | 2 |
| Muitos usuários de drogas | Alta | 6 | Parcial | 3 |
| 128 famílias fora de área. | Alta | 5 | Parcial | 4 |
| A organização do prontuário de maneira adequada | Média | 4 | Total | 5 |

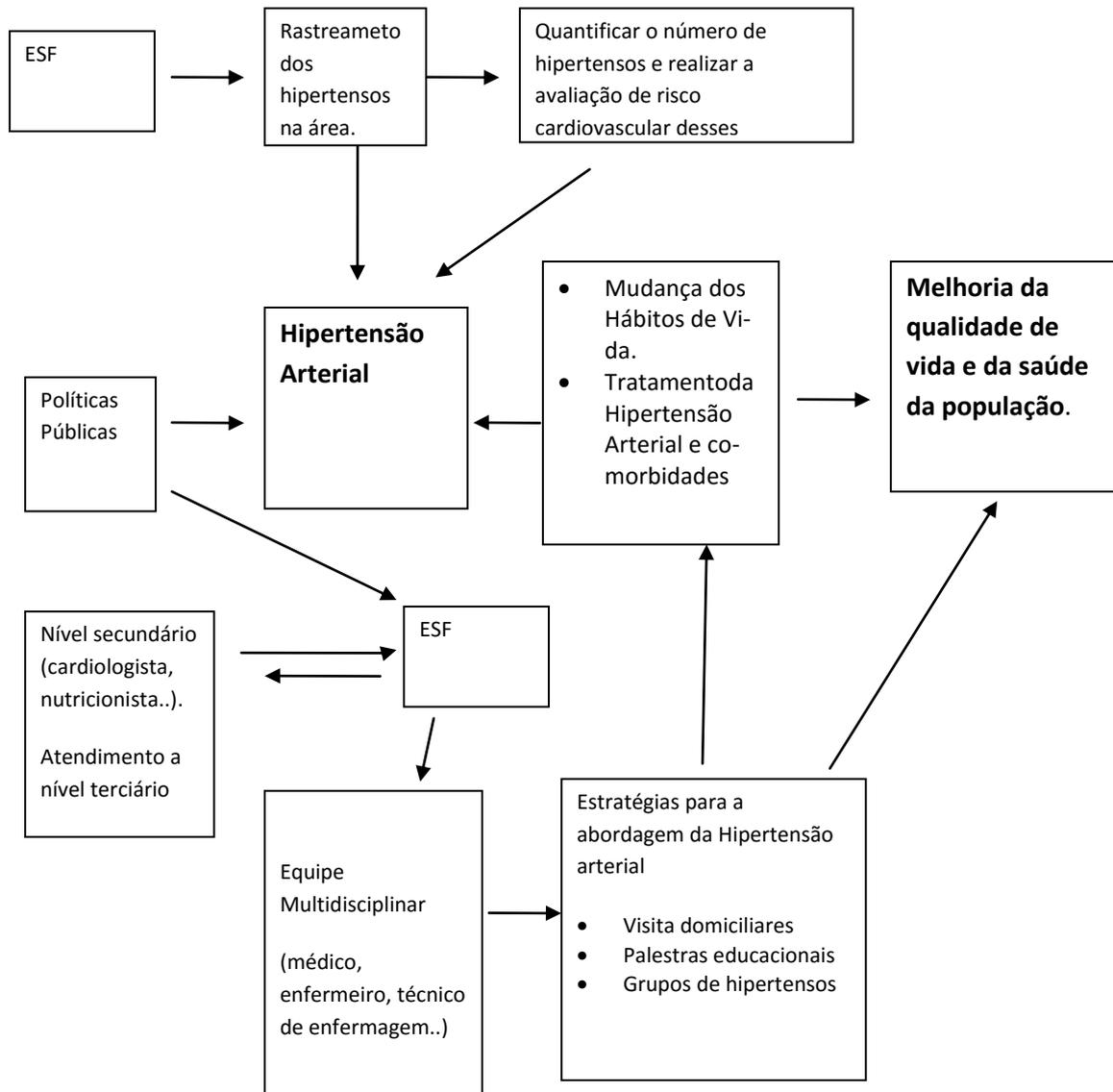
Foi elencado como principal problema a ser enfrentado o inaadequado controle e acompanhamento ~~efetivo~~ dos pacientes hipertensos. Na população adulta cadastrada existe ~~uma~~ prevalência de 23% de hipertensos. Refletindo sobre esses dados podemos levantar o seguinte questionamento: a nossa população cadastrada realmente possui menos hipertensos que a população brasileira ou será que não estamos fazendo o rastreamento efetivo desses pacientes no nosso território?

Para coordenar o tratamento deste pacientes, foi proposto:

- Fazer um rastreamento populacional para quantificarmos efetivamente o número de hipertensos na nossa área. Afim de, diagnosticar também aqueles que ainda nem sabem que são hipertensos;
- Avaliar o grau de risco cardiovascular que eles possuem, avaliar outras doenças crônicas (diabetes, insuficiência renal crônica, tabagismo, obesidade) que interferem na morbimortalidade dessa população;
- Realizar acompanhamento multidisciplinar envolvendo toda equipe da estratégia de saúde da família. Propor modificações nos hábitos de vida e realizar visitas domiciliares para a população de risco, realizar palestras educacionais, programa especial para hipertensos.

Explicando o problema:

Figura 1: Explicação do Problema



Desenho das operações

Figura 2: Desenho das operações

| NÔ CRÍTICO | OPERAÇÃO | RESULTADOS ESPERADOS | PRODUTOS ESPERADOS | RECURSOS NECESSÁRIOS |
|---|--|---|--|--|
| 1) Conscientização da população | Promover a informação e a participação da população. | <ul style="list-style-type: none"> • Maior aderência ao tratamento. • Ajuda na identificação de pacientes hipertensos • Conscientização a respeito da doença e seus agravos. | <ul style="list-style-type: none"> • Palestras educativas • Panfletos educativos • Treinamento dos ACS. | <p>Organizacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordenar a organização para a realização das palestras. <p>Cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do tema e da didática. <p>Político</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participação da comunidade, secretaria de saúde. <p>Financeiro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verba para aquisição de panfletos |
| 2) Processo de trabalho da Equipe de ESF. | Trabalho em equipe Multidisciplinar | Facilidade para concretizar o projeto de intervenção. | <ul style="list-style-type: none"> • Reuniões em equipe • Capacitação dos profissionais • Protocolos | <p>Organizacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizar as reuniões <p>Cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitação da equipe |
| 3) Hábitos de Vida | Modificação para hábitos de vida mais saudável. | <ul style="list-style-type: none"> • Rastreamento e acompanhamento das comorbidades ou doenças associadas | <ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da qualidade de vida da população | <p>Organizacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planejamento para realização destas atividades de maneira mais efetiva <p>Cognitivo</p> |

| | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|--|
| 4) Estruturação dos Serviços de Saúde | Permitir maior interação e harmonia entre os níveis de saúde através da referência e contra-referência | Facilidade para uma abordagem mais integral do paciente | <ul style="list-style-type: none"> • Reuniões • Conscientização dos profissionais para realizar a referência e contra-referência | <ul style="list-style-type: none"> • Capacitação da equipe <p>Político</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participação e conscientização da comunidade |
| | | | | <p>Organizacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizar as reuniões <p>Cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitação e conscientização dos profissionais. <p>Político</p> <ul style="list-style-type: none"> • Articulação entre os níveis de saúde do município. <p>Financeiro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material (panfletos, banners) |

Identificação dos recursos críticos

Figura 3: Identificação dos recursos críticos

| OPERAÇÃO/PROJETO | RECURSOS CRÍTICOS |
|---|---|
| 1) Conscientização da população | <p>Político- Participação da comunidade, secretaria de saúde.</p> <p>Financeira- aquisição de panfletos</p> |
| 2) Processo de trabalho da Equipe de ESF. | Cognitiva- Capacitação |
| 3) Hábitos de Vida | <p>Cognitiva- Capacitação da equipe</p> <p>Político- Participação e conscientização da comunidade</p> |

4) Estruturação dos Serviços de Saúde

Político- Articulação entre os níveis de saúde do município.

Financeiro- Material

Viabilidade do Plano

Figura 4: Viabilidade do Plano

| OPERAÇÃO/PROJETO | RECURSOS CRÍTICOS | CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS (ator/motivação) | AÇÃO ESTRATÉGICA |
|---|--|--|---|
| 1) Conscientização da população | <ul style="list-style-type: none"> Político- Participação da comunidade, secretaria de saúde. Financeira- aquisição de panfletos | <ul style="list-style-type: none"> Associação de bairro, secretaria de saúde/ favorável. Secretaria de saúde e educação/ favorável | Apresentação do projeto de intervenção. |
| 2) Processo de trabalho da Equipe de ESF. | Cognitiva- Capacitação | Equipe de ESF/ favorável. | |
| 3) Hábitos de Vida | <ul style="list-style-type: none"> Cognitiva- Capacitação da equipe Político- Participação e conscientização da comunidade | <ul style="list-style-type: none"> Equipe de ESF/ favorável. Associação de bairro/ favorável. | Apresentação do projeto de intervenção. |
| 4) Estruturação dos Serviços de Saúde | <ul style="list-style-type: none"> Político- Articulação entre os níveis de saúde do município. Financeiro- Material | <ul style="list-style-type: none"> Secretaria de Saúde, Hospitais, ambulatórios/ indiferente Secretaria de saúde/ favorável | Apresentação do projeto de intervenção. |

Elaboração do plano operativo

Figura 5: Elaboração do plano operativo

| OPERAÇÕES | RESULTADOS | PRODUTOS | AÇÕES ESTRATÉGICAS | RESPONSÁVEL | PRAZO |
|---|--|---|--|---|------------------------------------|
| 1) Conscientização da população | <ul style="list-style-type: none"> Promover a saúde para a população | <ul style="list-style-type: none"> Palestras Grupos de hipertensos Protocolos para hipertensos | <ul style="list-style-type: none"> Apresentar o projeto | <ul style="list-style-type: none"> Toda equipe | Imediato |
| 2) Processo de trabalho da Equipe de ESF. | <ul style="list-style-type: none"> Avaliação dos resultados. Articulação para melhoria do trabalho em equipe | <ul style="list-style-type: none"> Reuniões em equipe semanais | | <ul style="list-style-type: none"> Dirce (para organizar as reuniões). | Imediato |
| 3) Hábitos de Vida | <ul style="list-style-type: none"> Estimular a prática de exercícios físicos Orientar para realização de uma dieta mais saudável | <ul style="list-style-type: none"> Grupo de caminhada Grupo de hipertensos. | <ul style="list-style-type: none"> Apresentar o projeto | <ul style="list-style-type: none"> Rosa Maria e Beth | Imediato |
| 4) Estruturação dos Serviços de Saúde | <ul style="list-style-type: none"> Melhorar o sistema de referência e contra-referência Promover um atendimento continuado para os pacientes | <ul style="list-style-type: none"> Reuniões Material educativo (folhetos, banners) | <ul style="list-style-type: none"> Apresentar o projeto Reunião com o secretário de saúde, diretores de hospitais e responsável pelo atendimento do nível secundário em saúde. | <ul style="list-style-type: none"> Enfermeira Beth | Após 01 mês de iniciado o projeto. |

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que a pessoa portadora de HAS consiga redução significativa nos altos índices de morbimortalidade decorrentes de doenças cardiovasculares é necessária a adoção de ações efetivas capazes de conter a progressão da hipertensão arterial. Para tanto, as modificações no estilo de vida são descritas como terapia fundamental no controle dessa doença.

As mudanças no estilo de vida podem prevenir ou retardar a instalação da hipertensão e reduzir níveis pressóricos elevados em hipertensos. Certamente, há que se considerar que mudanças no comportamento habitual adquirido ao longo da vida não são rapidamente implementadas e exigem disciplina e paciência de todos os envolvidos.

Delimitamos com essa pesquisa estreita relação de diversos fatores de risco com o desenvolvimento da HAS, evidenciando que os estilos de vida dos sujeitos estão diretamente ligados com o controle desse agravo.

Desse modo, existe relação entre o cuidado da saúde e o estilo de vida, esclarecendo assim a importância das mudanças de hábitos adquiridos ao longo da vida.

O sucesso do tratamento, após o diagnóstico da hipertensão, está diretamente interligado à adaptação do indivíduo aos novos hábitos de vida. Essa adaptação ou mudança nos comportamentos depende, em parte, da vontade dos hipertensos para decidir se querem mudar e o que precisam mudar. Por outro lado, os diversos profissionais envolvidos nesse tratamento têm a responsabilidade no fornecimento de cuidados de saúde primários, conscientizados sobre uma realidade nas ações do dia a dia, para que o paciente tome as melhores decisões que permitam maior controle da pressão arterial e prevenção de outras doenças.

De acordo com as informações descritas neste trabalho, entende-se que há necessidade de manter organizado um atendimento constante a esses pacientes, no sentido de fortalecer a importância das mudanças de comportamentos. Acredita-se que a educação dos indivíduos portadores de hipertensão arterial seja o melhor caminho para o alcance de tais objetivos, não sendo apenas uma transmissão de conteúdos referentes à doença e ao tratamento, mas sim que se promova a conscientização

dos benefícios e a adaptação dos pacientes ao tratamento. Para se chegar à essa adaptação, é preciso que os indivíduos estejam motivados para que tais mudanças ocorram e, também, para que assimilem os conhecimentos que poderão melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

7. REFERENCIAS

AMODEO, C.; LIMA, N, K, C. Tratamento Não-Medicamentoso da Hipertensão Arterial. Revista Brasileira de Medicina. **Revista Brasileira de Medicina**. Ribeirão Preto, 1996.

BALDISSERA, V, D, A.; CARVALHO, M, D, B.; PELLOSO, S, M. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, 2009.

BEEVERS, G.; LIP, G.Y.; O`BRIEN, E. ABC of hypertension: Blood pressure measurement. Part II-conventional sphygmomanometry: technique of auscultatory blood pressure measurement. **BMJ**, v. 322, p. 1043-1047, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

CHOBANIAN, A.V.; BAKRIS, G. L.; BLACK, H. R. *et al*. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. **JAMA**. v. 289, p. 2560-2572, 2003.

GALLO, J, R.; CASTRO, R, B, P. **Exercício Físico e Hipertensão**. São Paulo: Editora Sarvier, 1997.

GELEILETE, T.J.M.; COELHO, E.B.; NOBRE F. Medida casual da pressão arterial. **Rev Bras Hipertens.**, v.16, n. 2, p.118-122, 2009.

LAW, M. R.; MORRIS, J. K.; WALD, N. J. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. **BMJ**. v. 338, p. 1665-1683, 2009.

LESSA, I.; FONSECA J. Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol**. v. 68, n.6, p. 443-449, 1997.

LIMA, S. M.L. et al. **Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial**, v. 2, n. 25, p.2001-2011, 2009,

MALACHIAS M.V.B. et al. **Tratamento não medicamentoso e abordagem multiprofissional**. São Paulo, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002010000500007&script=sci_arttext>. Acesso em 14 dez 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus. Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus.** Brasília, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma operacional de assistência à saúde – NOAS-SUS - 01/02.** Brasília, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA Nº 15 – HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. Série Cadernos de Atenção Básica – Série A. Normas e Manuais Técnicos.** Brasília, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, OPAS, FIOCRUZ. **A Experiência Brasileira em Sistemas de Informação em Saúde - Série B. Textos Básicos de Saúde. v. 2.** Brasília, 2009.

MION, JR. D.; SILVA, G.V.; ORTEGA, K.C. et al. A importância da medicação anti-hipertensiva na adesão ao tratamento. **Rev Bras Hipertens.** v. 13, n. 1, p. 55-58, 2006.

MORESI, E. (Org.). Metodologia de Pesquisa. Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2003.

MOUSINHO, P.L.M.; MOURA M.E.S. Hipertensão Arterial: Fatores relacionados à adesão do cliente com hipertensão ao tratamento medicamentoso. **Saúde Coletiva,** São Paulo: Bolina, v. 5, n. 25, p. 212-216, 2008.

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. **E por falar em boa velhice.** 2. ed. Campinas, SP: Papyrus, p.135, 2003.

NOBRE, F.; PIERIN, A.M.G.; MION JR. D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão.** São Paulo, p. 86-106, 2001.

OLIVEIRA, C. A. O sistema de informações HIPERDIA em Guarapuava/PR 2002-2004, implantação e qualidade das informações. **Dissertação (Mestrado).** Ribeirão Preto - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Preventing Chronic Diseases a vital investments.** Geneva: OMS, 2005.

PARK, I.U.; TAYLOR, A.L. Race and ethnicity in trials of antihypertensive therapy to prevent cardiovascular outcomes: a systematic review. **Ann Fam Med.,** v.5, p. 444-452, 2007.

SARAIVA, K.R.O.; SANTOS Z.M.S.A.; LANDIM, F.L.P. et al. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. **Texto e Contexto Enfermagem.**v. 16, n.2, p. 236-270, 2007.

SILVA ,C.B. et al. A importância das mudanças no estilo de vida após o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica: revisão bibliográfica. **Monografia** – Escola de Enfermagem, Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares. 2009.

SILVA JÚNIOR, J.B. et al. Doenças e agravos não–transmissíveis: bases epidemiológicas. **Epidemiologia e saúde**, Rio de Janeiro, p. 289–311, 2003.

SILVEIRA, M.G.; NAGEM, M.P.; MENDES R.R. Exercício físico como fator de prevenção e tratamento da hipertensão arterial. **Rev Digital de Esportes**, 2007. Disponível em < <http://www.efdeportes.com/efd106/exercicio-fisico-como-fator-de-prevencao-e-tratamento-da-hipertensao-arterial.htm>>. Acesso em 14 jan 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arq Bras Cardiol**, v. 84, pt. 1, p. 8, 2005. Suplemento.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 1, pt. 1, p.1-51, 2010. Suplemento.

STERGIOUS, G. S. et al. Doenças e agravos não–transmissíveis: bases epidemiológicas. **Am J Hypertens**, v.15, n.2, pt. 1, p. 101-104, 2002. Suplemento.

TRIALS OF HYPERTENSION PREVENTION COLLABORATIVE RESEARCH GROUP. The effects of nonpharmacologic interventions on blood pressure of persons with high normal levels: results of the trials of hypertension prevention, Phase 1. **JAMA**, v. 267, p.1213-1220, 1992.