

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

FRANK MICHEL MARTINEZ GARCIA

**ALTERNATIVA PARA MANEJO E CONTROLE DOS FATORES DE RISCO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL - UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2016

FRANK MICHEL MARTINEZ GARCIA

**ALTERNATIVA PARA MANEJO E CONTROLE DOS FATORES DE RISCO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL - UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Nadja Cristiane Lappann Botti

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2016

FRANK MICHEL MARTINEZ GARCIA

**ALTERNATIVA PARA MANEJO E CONTROLE DOS FATORES DE RISCO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL - UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Nadja Cristiane Lappann Botti – Orientadora (UFSJ)

Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano – Examinadora (UFSJ)

Aprovado em Belo Horizonte. em 20 de Maio de 2016.

“A melhor medicina não é a que cura,e sim a que previne”

Jose Marti

RESUMO

A Hipertensão Arterial é uma condição clínica de alta prevalência. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares, as quais representam a principal causa de morte no Brasil e no mundo. De acordo com os recursos do Programa de Saúde da Família buscamos desenvolver um projeto de intervenção em consonância com as atuais políticas de promoção e prevenção de saúde. Este trabalho tem como objetivo elaborar um plano de intervenção de educação em saúde visando diminuir a incidência e a prevalência dos fatores de risco em pacientes hipertensos da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Para elaboração do plano de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional. Foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados informatizadas com os descritores: hipertensão, fator de risco, educação em saúde. Espera-se que após a intervenção ocorra melhor controle dos fatores de risco e diminuição das complicações secundárias a hipertensão arterial a partir da modificação dos estilos de vidas inadequados e promoção de hábitos de vida saudáveis.

Palavras chaves: Hipertensão. Fatores de Risco. Educação em Saúde.

ABSTRACT

The Hypertension is a clinical condition of high prevalence. It is considered one of the major modifiable risk factors for cardiovascular diseases, which are the leading cause of death in Brazil and worldwide. According to the features of the Family Health Program we seek to develop an intervention project in line with the current promotion and health prevention policies. This study aims to develop a health education intervention plan to reduce the incidence and prevalence of risk factors in hypertensive patients of the area covered by the Family Health Strategy. To prepare the action plan we used the Strategic Planning Method Situational. The literature search was performed in databases with the key words: hypertension, risk factors, health education. It is expected that after the intervention occurs better control of risk factors and reduction of complications secondary to hypertension from modifying the styles of inadequate lives and promoting healthy lifestyles.

Keywords: Hypertension. Risk Factors. Health Education.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 JUSTIFICATIVA.....	10
3 OBJETIVOS.....	11
3.1 Objetivo geral.....	11
3.2 Objetivos específicos	11
4 METODOLOGIA	12
5 REVISÃO DE LITERATURA	13
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	19
6.1 Definição do problema	19
6.2 Plano de ação.....	19
6.3 Avaliação e Monitoramento	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERENCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial, uma entidade clínica multifatorial, é conceituada como síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíacas e vasculares). Ela é a mais comum das condições que afetam a saúde dos indivíduos adultos em populações de todo o mundo. A prevenção desta doença é a medida sanitária mais importante, universal e mais econômica. Melhorias na prevenção e controle da pressão arterial são um desafio para todos os países e devem ser uma prioridade das instituições de saúde e dos governos (COMITÊ CONSULTIVO TÉCNICO NACIONAL, 2008).

De acordo com dados obtidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares, entre elas a hipertensão, devem ser consideradas como um problema prioritário de saúde nas Américas, com enorme impacto social e econômico. Isto é ainda mais evidente quando se considera o fato de que número significativo de pacientes ao procurar atendimento para pressão alta ou identificados pela equipe de saúde nos centros de saúde, já apresentam complicações e danos aos órgãos-alvo, o que pode ser explicado, em parte, pela ausência de sintomas em seus estágios iniciais e pela extensão e consequências desta doença (CURBELO *et al.*, 2009).

De acordo com a OMS, a hipertensão é a principal causa de morte no mundo, com prevalência média de 25%, perfazendo o total de milhões de hipertensos, um número que vai aumentar em 50% nos próximos 20 anos. Atualmente 691 milhões de pessoas sofrem de pressão alta no mundo. Dos 15 milhões de mortes por doenças cardiovasculares, 7,2 milhões são de doenças circulatórias do coração e 4,6 milhões por doença vascular cerebral, a hipertensão arterial encontra-se presente em quase todas essas patologias (ÁVILA *et al.*, 2010).

A hipertensão arterial trata-se de um problema de saúde pública mundial, não só porque é uma causa direta de invalidez e morte, mas também quanto o fator de risco modificável mais importante para a cardiopatia isquêmica (principal causa de morte no hemisfério ocidental), a doença vascular cerebral, insuficiência cardíaca congestiva, doença renal em fase terminal e doença vascular periférica. A prevalência tem aumentado em todas as situações, o que é explicado em parte

pelos novos valores de pressão que atualmente são aceitos. Estes valores variam de um lugar para outro, em função de características genéticas e ambientais regionais (ROCA; SMITH; PAZ, 2008).

Segundo Curbelo *et al* (2009), a prevalência de hipertensão arterial aumenta considerando o envelhecimento populacional. Os indivíduos normotensos maiores de 55 anos têm 90% de probabilidade de risco de desenvolver hipertensão. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram as primeiras causas de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, sendo responsáveis por 17% das internações de pessoas com idade entre 40-59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos (AZEREDO; DUARTE; SANDHI, 2006).

Normalmente, os pacientes são informados sobre o que significa sofrer de pressão arterial elevada, mas a educação em saúde é realizada de forma diferente de acordo com os profissionais de saúde e entendido, também, de forma diferente de acordo com o tipo de paciente, daí a necessidade de um programa para melhorar a educação em saúde na atenção primária a fim de aumentar o nível de conhecimento e, assim, reduzir a incidência de hipertensão e suas complicações decorrentes (BUSTOS *et al.*, 2004).

Pelo exposto acima é evidente a importância de identificar pessoas com alto risco de desenvolver a doença. É com o acompanhamento do médico da família na qual se cadastra e são avaliados todos aqueles com fatores de risco para o monitoramento e controle. Desta forma, o médico deve executar atividades de educação, promoção, prevenção e reabilitação da saúde, contra este fator de risco e manter estrito o controle dos cadastrados por esta condição.

Portanto, devido à incidência e elevada prevalência de hipertensos na Unidade Básica de Saúde (UBS) Tiete, do município de Divinópolis, foi definido como pergunta do problema de intervenção: Como fazer controle dos fatores de risco para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com hipertensão arterial em nossa área?

2 JUSTIFICATIVA

Nas estatísticas da saúde pública identifica-se que a hipertensão arterial apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos fatores de risco modificáveis e relevante problema de saúde pública (ÁVILA *et al.*, 2010).

De acordo com o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde as doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte em todas as regiões do país, representando os 31,2% dos óbitos no país (BRASIL, 2012).

A hipertensão arterial é uma doença crônica que ameaça a humanidade todos os dias com as suas complicações. Em toda área de saúde verifica-se a cada dia maior número de pacientes com falta de controle da hipertensão arterial que não cumprem a orientação médica nem o tratamento prescrito. Assim, são frequentes os pacientes com descompensações agudas da pressão arterial que sobrecarregam a demanda espontânea e podem ser evidenciados nas consultas médicas e de enfermagem. Sabe-se que a falta de adesão às mudanças de estilos de vida saudáveis e ao tratamento adequado tornam-se influência inegável da doença no futuro, podendo incidir na aparição de uma morbidade e mortalidade prematura e variada. A maior parte dos pacientes hipertensos tem hábitos de vida inadequados ressaltando-se os maus hábitos alimentares, consumo de álcool, sedentarismo, obesidade, tabagismo e dislipidemias, entre outros.

Considerando todo o exposto, a finalidade deste estudo é melhorar o manejo e controle dos fatores de risco dos pacientes hipertensos em nossa comunidade, a fim de melhorar qualidade de vida da população.

As metas do plano de intervenção proposto são: cadastrar 100 % dos pacientes hipertensos pertencentes a UBS Tiete, diminuir as complicações secundária à hipertensão arterial e adesão do tratamento adequado em 95% dos pacientes hipertensos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção visando diminuir a incidência e a prevalência dos fatores de risco em pacientes hipertensos da UBS Tiete, no município de Divinópolis.

3.2 Objetivos específicos

- Cadastrar a todos os pacientes com hipertensão arterial pertencente a UBS Tiete;
- Identificar os fatores de risco mais freqüentes nos indivíduos hipertensos na UBS Tiete;
- Orientar os pacientes através de educação em saúde sobre o manejo adequado do controle dos fatores de risco, mudanças de estilos de vida, medidas alternativas não farmacológicas e o modo adequado de lidar com os problemas psicossociais e ambientais;
- Aumentar a adesão dos hipertensos ao tratamento adequado.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para desenvolver este trabalho foi baseada na identificação de que a população adscrita na Unidade possui falta de controle da Hipertensão Arterial Sistêmica. Tal observação foi determinada pela realização do diagnóstico situacional através da Estimativa Rápida, que possibilita obter informações sobre determinado problema de maneira rápida, com poucos gastos e com a participação da comunidade (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

A população total assistida na UBS Tiete é 2.555 pessoas (distribuídas em 476 famílias) sendo 412 pacientes hipertensos. Para realizar a Estimativa Rápida utilizaram-se como fonte as consultas médicas e de enfermagem e as visitas domiciliares. A partir destas informações, utilizando a Metodologia do Planejamento Estratégico em Saúde, foi definido o Plano de Intervenção (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

Neste trabalho ainda foi realizada pesquisa bibliográfica em artigos científicos, livro e textos indexados sobre o tema. As bases de dados informatizadas consultadas foram sites nacionais que trabalham com políticas de saúde, como o da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde (MS) e da Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Para a consulta foram utilizados os seguintes descritores de assuntos: hipertensão, fatores de risco, educação em saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmhg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmhg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. A principal relevância da identificação e controle da hipertensão arterial reside na redução das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, doença arterial periférica (BRASIL, 2006a).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de Saúde Pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2001). A HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por aproximadamente 40% das mortes por acidente vascular, 25% das mortes por doença arterial coronária e, em combinação com a Diabetes Mellitus, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006b). A partir de inquéritos populacionais realizados em cidades brasileiras nos últimos 20 anos, chegou-se a uma taxa de prevalência da hipertensão arterial sistêmica acima de 30%, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A Hipertensão Arterial é considerada tanto uma condição clínica quanto um fator de risco aparecendo como grande desafio para a saúde, pois no Brasil, a doença cardiovascular é a principal causa de morte. A Hipertensão Arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial frequentemente associados com alterações funcionais e/ou anormalidades estruturais de órgãos como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de problemas cardiovascular fatal e não fatais (GUZMÁN *et al.*, 2006).

O desenvolvimento da Hipertensão Arterial não ocorre instantaneamente, há um conjunto de fatores que estão associados à sua evolução e agravamento. Estes fatores são conhecidos como fatores de risco e, segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, são: idade, sexo/gênero e etnia, fatores socioeconômicos,

ingestão de sal, excesso de peso e obesidade, ingestão de álcool, genética e sedentarismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No Brasil o número de hipertensos tratados ainda é pequeno diante da dimensão da doença. Apenas 50% dos hipertensos conhecem sua condição e destes, metade não se trata e os outros 50% não tem a pressão sob controle. Um dos maiores problemas para este controle é a falta de adesão ao tratamento que ocorre em até 40% dos hipertensos, uma vez que além do tratamento medicamentos são necessárias mudanças de estilo de vida (LESSA, 2006).

A medida da pressão arterial deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais de saúde. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, sem condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Os procedimentos de medida da pressão arterial são simples e de fácil realização. É necessário haver o preparo adequado do paciente, uso de técnica padronizada e de equipamentos calibrados. Muitos estudos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Por ser geralmente assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado e a adesão ao tratamento é menor que a esperada, o que determina um controle muito baixo da Hipertensão Arterial Sistêmica em todo o mundo (BRASIL, 2006a).

Na Região das Américas a mortalidade relacionados com a Hipertensão está entre as 10 principais causas de morte entre homens e mulheres. As doenças não transmissíveis são a principal causa de doença e morte prematura e evitável na Região das Américas (FERREIRA *et al.*, 2009).

A OPAS/OMS busca intensificar e desenvolver estratégias e ferramentas para facilitar o desenvolvimento das atividades de detecção precoce ampliando o nível de conhecimento da população sobre os fatores de risco e os impactos causados pela hipertensão, e as implicações que seu controle e prevenção representam para a Saúde Pública (WHO, 2008).

No Brasil, a Hipertensão Arterial afeta mais de 30 milhões de brasileiros, destes, 36% dos homens adultos e 30% das mulheres, e é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento das Doenças Cardiovasculares (DCV), incluindo

o AVC e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), que representam as duas maiores causas isoladas de mortes no país (ÁVILA *et al.*, 2010).

A Hipertensão é chamada de assassino silencioso, pois muitos pacientes não apresentam sintomas da doença, tornando-se, assim, difícil estabelecer um diagnóstico, sendo que, muitas vezes o diagnóstico ocorre devido o surgimento de uma complicação (SANTOS; LIMA, 2008).

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, deve-se considerar no diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvos e as comorbidades associadas (BRASIL, 2006). Conhecer o risco coronário dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica pode auxiliar no planejamento e na avaliação das ações de saúde, melhor direcionando os planos de cuidados a esses portadores e melhor definindo os intervalos de vigilância e a intensificação das ações de saúde (SILVA; CADE; MOLINA; 2012).

As comorbidades consistem em complicações da hipertensão, diferentemente dos fatores de risco que são condições e comportamentos os quais contribuem com o desenvolvimento da doença hipertensiva (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A idade se constitui como um fator de risco para Hipertensão Arterial, pois ocorrem alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos sanguíneos devido ao envelhecimento (PESSUTO; CARVALHO, 1998). Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), o homem é o mais afetado pela HAS até os 50 anos de idade e as mulheres, tendem a ter a incidência baixa antes da menopausa a qual aumenta a partir dos 60 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O sal (cloreto de sódio) é um potente estimulante cardíaco e, além disso, exerce atividades hipertensivas nos vasos sanguíneos periféricos (SMELTZER; BARE, 2006). Estudo que objetivou verificar o conhecimento de 150 pacientes com HAS assistidos pela ESF de Teresina (PI), sobre a quantidade de sódio presente nos alimentos, apresenta que os hipertensos não conhecem a quantidade verdadeira de sódio presente nos alimentos, o que representa risco no tratamento e controle da HAS evidenciando a importância da educação alimentar do hipertenso como estratégia para controle da HAS. O conhecimento dos usuários com relação à

quantidade de sódio presente nos alimentos deveria ser medida indispensável no tratamento da Hipertensão Arterial, visto que contribui como medida terapêutica ou preventiva no tratamento dessa doença crônica (IBIAPINA; SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

A obesidade e o excesso de peso são fatores de risco para hipertensão, estimasse que 60% dos pacientes hipertensos têm mais de 20% de sobrepeso. A prevalência de hipertensão foi observada em relação à ingestão de cloreto de sódio e baixo teor de cálcio e potássio na dieta que pode contribuir para o risco de hipertensão arterial, fatores ambientais, como o consumo de álcool, estresse psicoemocional e baixos níveis de atividade física também pode contribuir para a hipertensão (FAUCI, *et al.*, 2008).

O consumo de álcool está relacionado à HAS devido ao aumento da pressão arterial em 2 mmHg a cada 30ml de álcool etílico ingerido (PESSUTO; CARVALHO, 1998). A população brasileira teve uma mudança de perfil em relação ao estilo de vida, tais como hábitos alimentares, aumento progressivo do sobrepeso e da obesidade, juntamente com a baixa adesão a realização de atividade física, o que contribui para a prevalência da HAS (JARDIM, 2007).

As intervenções junto à população que não apresenta a doença, mas com fatores de risco para adoecer, precisam ser dirigidas a dar suporte e apoio às mudanças de estilo de vida e das “escolhas” determinadas socialmente. Neste sentido pode-se estrutura grupos da população a partir da estratificação de risco, para que a rede de serviços de saúde e de outros setores possam ofertar a atenção correta às distintas necessidades das pessoas, com custo-efetividade e qualidade assistencial. Essas medidas precisam ser efetivas, seguras e aceitas pelos indivíduos, e seu custo deve ser possível tanto para os serviços de saúde como para a população (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O tabagismo é considerado um dos maiores fatores de risco para as doenças cardiovasculares e a maior causa de doença coronariana, tanto em homens quanto em mulheres, assim como já se encontra bem estabelecida a sua correlação com a doença cerebrovascular (FERREIRA *et al.*, 2009). Além disso, o tabagismo é o mais importante fator de risco para a doença arterial periférica, e até o fumo passivo já foi identificado como fator notável para a doença coronária. Estudo mostra aumento de até 20mmhg na pressão sistólica após o primeiro cigarro do dia. Além disso, o

cigarro aumenta a resistência às drogas anti-hipertensivas, fazendo com que elas funcionem menos que o esperado (FERREIRA *et al.*, 2009). O tabagismo também aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias em hipertensos e aumenta a progressão da insuficiência renal. Além disso, a cessação do tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronária em 35% e 40% (FERREIRA *et al.*, 2009).

Este estudo realizado com 33 hipertensos acerca dos fatores de risco e suas vivências quanto ao aumento da pressão em um Centro de Referência em Doenças Cardiovasculares de Salvador (BA) mostra que quanto aos conceitos de fatores de risco, percebeu-se que foram confundidos com as complicações da hipertensão, entretanto, quando a abordagem mudou de “fatores de risco” para “fatores que podem aumentar a pressão”, as respostas foram mais coerentes e condiziam com os fatores de risco pontuados pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Ainda, identificou-se através dos discursos que a percepção de aumento da pressão está diretamente ligada às vivências e à história de vida de cada um. Os autores ressaltam que é preciso que as orientações sejam transmitidas de forma mais clara possível para que o entendimento possa servir de elemento facilitador para o controle da doença (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

O tratamento da HAS deve ser baseado nos fatores de risco, alertando certos grupos para os pouco modificáveis (raça, idade, hereditariedade) e trabalhando junto ao hipertenso e sua família para mudar os que podem ser alterados (ingestão de sal e gordura, sedentarismo, obesidade, tabagismo, alcoolismo) (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

Os serviços e equipes de saúde devem fornecer uma melhor educação e informação sobre a doença e os fatores de risco a fim de evitar o desenvolvimento da HAS e de quadros cardiovasculares mais complexos e facilitar a adesão ao tratamento por parte dos hipertensos (LESSA, 2006).

Para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica entende-se que a Atenção Básica é um espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que conta com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho inclui vínculo com a comunidade, favorecendo as ações de prevenção e promoção de saúde. As ações educativas promovidas pelos profissionais estimulam o desenvolvimento da

autonomia do indivíduo e, dessa forma, possibilitam as discussões e orientações quanto a adoção de mudanças no estilo de vida (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Destaca-se que um dos elementos diferenciadores da Estratégia Saúde da Família é a vinculação do usuário a uma equipe multidisciplinar, que trabalha na perspectiva da integralidade dos cuidados, o que favorece a promoção da saúde, realização de ações educativas individuais e coletivas, visando maior adesão às ações de controle da pressão arterial e manutenção da qualidade de vida dos usuários e suas famílias (SAITO, 2008).

Neste aspecto, em relação à magnitude, o problema da HAS para o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos mais importantes. Dos 35% da população diagnosticada com HAS (17 milhões de brasileiros), 75% do atendimento deste grupo é feito na Atenção Básica por serviços ligados ao SUS, o que determina a necessidade de investimentos financeiros constantes para o desenvolvimento das ações de saúde ligadas à promoção, prevenção e tratamento, mas, principalmente, na recuperação dos acometidos por complicações dessa doença decorrente do mau controle pressórico no decorrer da vida (BRASIL, 2006a).

Estratégias são necessárias para a abordagem dos fatores relativos a hábitos e estilos de vida a fim de reduzir o risco de exposição, trazendo benefícios individuais e coletivos para a prevenção da HAS e redução da carga de doenças devida às doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006a). Neste sentido, a Educação em Saúde representa importante instrumento facilitador para a capacitação da comunidade, contribuindo para a promoção da saúde, permitindo que profissionais de saúde e usuários estabeleçam uma relação dialógica pautada na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e da visão de mundo (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011). Ressalta-se que os profissionais de saúde que acompanham pessoas com HAS ou com outros problemas de saúde, possuem papel fundamental no planejamento e implementação de estratégias educativas com a finalidade de conduzi-las ao estilo de vida saudável, eliminando ou controlando os riscos da HAS e de outros problemas de saúde entre os familiares, principalmente aqueles hereditários, além do controle efetivo dessas doenças (SANTOS; LIMA, 2008).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição do problema

A partir da Estimativa Rápida foi identificado o total de 412 hipertensos cadastrados pertencentes UBS Tiete, sendo que a população total assistida é 2.555 pessoas (distribuídas em 476 famílias). Neste sentido elaborou-se um plano de intervenção visando diminuir a incidência e a prevalência dos fatores de risco em pacientes hipertensos da UBS Tiete, no município de Divinópolis.

6.2 Plano de ação

A partir da determinação do principal problema foi elaborado o plano de intervenção visando diminuir a incidência e a prevalência dos fatores de risco em pacientes hipertensos da UBS Tiete, no município de Divinópolis.

Quadro 1 - Plano de Ação visando atuar na alta prevalência de hipertensos na UBS Tiete, em Divinópolis, Minas Gerais, 2015.

Atividades	Resultados esperados	Ações estratégicas	Responsável
Apresentação e explicação do Projeto de Intervenção	Aprovar o Projeto de Intervenção	Estratégia educativa sobre HAS	Médico
Identificação e cadastramentos dos hipertensos com fatores de risco	Conhecer o universo de trabalho	Análise das fichas de cadastro e questionário aplicado aos hipertensos	Equipe de saúde
Atualização conceitual e treinamento dos profissionais da equipe de saúde	Aumentar o conhecimento acerca da HAS	Abordagem dos temas nas reuniões da equipe	Médico Enfermeira

Programação de consulta e visita domiciliar a cada paciente e/ou família	Observar o grau de compreensão de cada paciente	Consultas e visitas domiciliares	Médico Enfermeira
Criação dos grupos de hipertensos e programação de palestras educativas	Diminuir a incidência e repercussão da HAS	Palestras, grupos de hipertensos, consultas e vistas domiciliares	Médico Enfermeira
Discussão analítica e global do projeto Confraternização	Conhecer os resultados dos objetivos propostos	Projeto	Medico

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

As ações estratégicas do projeto de intervenção encontram-se descritas abaixo:

- ✓ **Etapa 1** - Inicialmente será necessário identificar e cadastrar a população de hipertensos com fatores de risco. Esta investigação será realizada durante as consultas e visitas domiciliares e o cadastramento será realizado a partir da procura dos hipertensos por consultas, troca de recitas ou outros, também pela busca ativa de pacientes sabidamente hipertensos pelos agentes de saúde comunitários. Os pacientes hipertensos serão convidados a participar de uma reunião na unidade de saúde onde serão descritos o objetivo e a importância do projeto;
- ✓ **Etapa 2** - Para que seja realizada a coleta das informações será utilizado um questionário e complementado pelas informações encontradas na ficha de cadastro de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus disponibilizada pela secretaria de saúde, também serão realizadas revisões dos prontuários médicos e familiares. Nas consultas individuais será explicado sobre a importância do acompanhamento periódico, controle dos fatores riscos e adesão ao tratamento;

- ✓ **Etapa 3** – A partir da coleta das informações será criado o grupo de hipertensos onde serão realizadas palestras informativas. O grupo será formado pelas pacientes hipertensas pertencentes à unidade de saúde e com a participação dos profissionais da saúde da unidade em questão e apoio do NASF. As reuniões dos grupos e as palestras ocorrerão preferencialmente no mesmo dia, com periodicidade quinzenal. A proposta é realizar abordagem multidisciplinar, possibilitar a troca de experiências e esclarecimento de dúvidas dos usuários, procurando transmitir as informações de forma clara e dinâmica através dos encontros dos grupos e palestras com diferentes temáticas (como por exemplo; dieta e prática de atividades físicas, prevenção de complicações etc.). Nas consultas médicas e de enfermagem também serão coletados dados, assim como a indicação de exame laboratoriais importantes para a identificação de outros fatores de risco. Serão realizadas reuniões organizadas por um profissional da saúde nas quais cada dia será discutido um tema relacionado com a hipertensão arterial.

O questionário aplicado aos pacientes hipertensos encontra-se descrito abaixo:

1-Nome do paciente:

2- Idade: _____ anos

Sexo: M () F ()

Cor da pele: Branca () Negra () Parda () Amarela () Indígena ()

3-Índice de massa corporal Peso _____ Kg. Altura _____ m.

4-Fatores de risco:

a) Fuma: () Sim () Não

b) Ingere bebidas alcoólicas: () Sim () Não

c) Realiza exercício físico pelo menos duas vezes na semana? () Sim () Não

d) Utiliza sal eiro nas comidas? () Sim () Não

e) Cozinha com óleo ou manteiga de porco? _____

f) Consome vegetais com frequência? () Sim () Não

5-Doenças crônicas não transmissíveis:

Diabetes mellitus () Sim () Não

Cardiopatia isquêmica ()Sim ()Não
 Doença cerebrovascular ()Sim ()Não
 Insuficiência renal crônica ()Sim ()Não
 Outras: ()Sim ()Não

Se sim, especifique:

6-Tratamento farmacológico: () Sim () Não

Se sim, especifique:

- a) Um fármaco ()
- b) Dois fármacos ()
- c) Varias combinações ()

7-Quanto tempo de evolução leva a sua doença?

- a) Menor de 5 anos ()
- b) De 5 a 9 anos ()
- c) De 10 a 14 anos ()
- d) Igual ou maior de 15 anos ()

Para a realização das ações estratégicas do projeto de intervenção serão utilizados recursos organizacional, econômico e cognitivo. Abaixo encontram-se listados os respectivos recursos:

- ✓ Recursos Organizacionais: Equipamentos adequados para o diagnóstico dos pacientes hipertensos e seus riscos; esfigmomanômetros, estetoscópios, fitas métricas, balanças ainda e fichas. Espaços físicos e equipamentos para a realização dos grupos e palestras que serão inicialmente realizadas na sala da UBS de TIETE com um espaço para 20 pessoas, entretanto faltam cadeiras, computador e equipamentos de projeção em multimídia. Disponibilidade de profissionais de saúde de diversas áreas. Os profissionais tanto da UBS quanto da equipe expandida NASF encontram-se dispostos a participar da implantação do projeto;
- ✓ Econômicas: Recursos financeiros para aquisição dos recursos organizacionais.
- ✓ Cognitivos: capacitação dos profissionais de saúde para a realização de suas tarefas no projeto.

6.3 Avaliação e Monitoramento

Os pacientes serão estimulados durante as consultas, visitas domiciliares e encontros em grupos a aderir as indicações médicas e posteriormente serão avaliados os resultados das intervenções durante as reuniões. Durante as reuniões que serão realizadas com a equipe de saúde da unidade, a cada 15 dias, serão discutidos o desenvolvimento do projeto e possíveis novas intervenções que se fizerem necessárias.

Com a implementação das ações propostas neste projeto espera-se melhorar o controle e manejo dos fatores de risco para a HAS através do conhecimento das medidas que se deve tomar para evitar complicações, da adesão ao tratamento medicamentoso, da adoção de estilos de vida saudáveis como a prática de exercício físico, manutenção de peso saudável, adoção de dieta rica em frutas e legumes, diminuição do consumo de sal e gorduras, abandono do tabagismo e consumo de álcool e prevenção de situações estressantes. A integração multidisciplinar, a identificação e cadastramento dos hipertensos da UBS, a criação dos grupos de hipertensos irão contribuir para no atendimento integral e controle dos pacientes com HAS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial apresenta elevadas taxas de prevalência, incidência e reduzido controle adequado na Atenção Básica de Saúde. Por ser possível o diagnóstico prematuro e controle dos fatores de risco mediante medidas educativas de prevenção e promoção de saúde, torna-se importante propostas como o projeto de intervenção em questão para otimização e controle das doenças crônica não transmissível diminuído, assim as complicações secundárias.

A ausência de iniciativa é um dos fatores que acarreta a aparição de doenças em nossa comunidade, uma vez que as pessoas não são incentivadas ao autocuidado. Portanto há necessidade de melhor integração multidisciplinar com a promoção das atividades propostas com os hipertensos para buscar maior controle dos fatores de riscos através da intervenção educativa fomentando estilos de vida saudáveis e melhorando a adesão ao tratamento farmacológico.

Dentre os recursos (cognitivos, econômicos e organizacionais) necessários para a realização do projeto conclui-se que os mais críticos se referem a falta de profissionais capacitados, falta de disponibilidade na agenda dos profissionais e a deficiência de recursos financeiros e equipamentos que podem atrasar a implantação do plano de intervenção.

REFERENCIAS

ÁVILA, A. *et al.* VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.17, n.1, p.7-10, 2010.

AZEREDO, P. V.; DUARTE, A. T.; SANDHI, M. B. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

AZEREDO, P. V.; DUARTE, A. T.; SANDHI, M. B. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 1, p 35-45, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo** / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p. il. (Cadernos de atenção Básica, 7).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica N. 15. Brasília, 2006a.

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, 2006b (Cadernos de Atenção Básica, 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BUSTOS R. S. *et al.* Hipertensão arterial em idosos no oeste do México. **Integr Rev Cubana Med Gen**. v. 20, n. 5-6, p. 66-74, 2004.

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

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1547-54, 2011.

COMITÊ CONSULTIVO TÉCNICO NACIONAL. Programa de Hipertensão Arterial. Ministério de Saúde Pública. Hipertensão. **Diretrizes para a prevenção, diagnósticas e tratamento**. Havana: Editoriais Ciências Médicas, 2008.

CURBELO, S. V. *et al.* Comportamento das crises hipertensivos num centro médico de diagnóstico integral. **Revista Cubana Medgerintegr**. v. 25, n. 3, p. 1-10, 2009.

FAUCI, A. S. *et al.* **Harrison Medicina Interna**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill. pg. 1549-1562, 2008.

FERREIRA, S. R. G. *et al.* Frequência de Hipertensão Arterial e Fatores de Risco Associados: Brasil 2006. **Revista de Saúde Pública**, v.43, supl. 2, p. 98-106, 2009.

GUZMÁN, J. *et al.* Hipertensión sistólica aislada. **Rev Mex Cardiol**, v. 19, n. 2, p. 73-80, 2008.

IBIAPINA, D.F.N.; SANTOS, A. N.; OLIVEIRA, L.N.R. Conhecimento dos pacientes com hipertensão arterial sobre a quantidade de sódio presente nos alimentos. **Revista Interdisciplinar**. v.6, n.4, p.75-85, 2013.

JARDIM, P. C. B. V. *et al.* Hipertensão Arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v. 88, n. 4, p. 452-57, 2007.

LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 39-46, 2006.

MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. S.; LOBÃO, W. M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1365-1374, 2012.

NOBRE, F. *et al.* VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n.1, p. 7-10, 2010.

OLIVEIRA, T. L. *et al.* Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso no tratamento da hipertensão arterial. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 26, n.2, p. 179-84. 2013.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 6, n. 1, p. 33-39, 1998.

ROCA, G. R.; SMITH, V.; PAZ, P. E. **Temas de Medicina Interna**. 4. ed. Havana: Editorial de Ciências Médicas, 2008.

SAITO, R. X. S. (Org). **Integralidade da Atenção: Organização no Programa Saúde da Família na perspectiva sujeito-sujeito**. São Paulo: Martinari, 2008.

SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. P. Ações educativas na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores. **Revista Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 9, n. 1, p. 71-9, 2008.

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. **Texto contexto – enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 90-7, 2008.

SILVA, V. R.; CADE, N. V.; MOLINA, M. C. B. Risco coronariano e Fatores associados em hipertensos de uma unidade de Saúde da família. **Revista enfermagem UERJ**, v. 20, n. 4, p.439-44, 2012.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Histórico e tratamento de pacientes com hipertensão In: SMELTZER, S. C. *et al.* **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 904-916.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 95, n.1, p. 1-51, 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf
Acesso em: 28 fev. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The global burden of disease: 2004**. Geneva: World Health Organization, 2008.