

UNIVERSIDADE FEDERAL MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

ANSELMO LUIS FIGUEROA TORRES

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO PARA PROMOVER
A SAÚDE E PREVENIR A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.**

CONTAGEM / MINAS GERAIS

2015

ANSELMO LUIS FIGUEROA TORRES

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO PARA PROMOVER
A SAÚDE E PREVENIR A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.**

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.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Castro d'Ávila

CONTAGEM / MINAS GERAIS

2015

ANSELMO LUIS FIGUEROA TORRES

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO PARA PROMOVER
A SAÚDE E PREVENIR A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.**

Banca Examinadora

Prof. Ronaldo Castro d'Ávila - UFMG

Profa. Eulita Maria Barcelos - UFMG.

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica constitui-se num sério problema de saúde pública. Sua terapêutica compreende tratamento medicamentoso ou não medicamentoso fundamentado na adequação comportamental do estilo de vida. Partindo do referencial teórico construído por meio da revisão da literatura e a análise dos dados do diagnóstico da saúde, o principal problema identificado na área de abrangência da equipe 84, UBS Othon Avelar Gervasio, Vila Perola, Distrito Sanitário a Ressaca, Contagem, Minas Gerais foi a elevada prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS). Tendo em vista o problema priorizado, formulou o objetivo deste estudo a elaboração de um plano de intervenção para promoção da saúde, prevenção, tratamento e controle desta doença. Adotou-se a perspectiva da educação para saúde, preconizada pela Carta de Ottawa (1986), que prevê a capacitação da população no sentido de propiciar-lhe conhecimentos que induzam as pessoas a adotarem um estilo de vida saudável.

.

Palavras chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Estilo de vida. Estratégia em Saúde da Família. Educação para a saúde.

ABSTRACT

Hypertension is a serious systemic arterial hypertension is a serious public health problem. His therapy comprises drug treatment or drug not based on behavioral suitability of lifestyle. Starting from theoretical built through literature review and data analysis in the diagnosis of health, the main problem identified in the area of the 84 team, UBS Othon Avelar Gervasio, Village Health District, Pearl-the hangover, Count, Minas Gerais was the high prevalence of hypertension (SAH). In view of the problem, as has prioritized goal of this study to draw up a contingency plan for health promotion, prevention, treatment and control of this disease. Adopted the perspective of education for health, advocated by the Ottawa Charter (1986), which provides for the training of the population in order to provide you with knowledge that induces people to adopt a healthy lifestyle.

Keywords: Systemic Arterial Hypertension. Lifestyle. Strategy in Family Health. Educacion for Health.

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

AB	- Asma Bronquial
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
APS	- Atenção Primária da Saúde
AVE	- Acidente Vascular Encefálico
DM	- Diabetes Mellitus
DSOMA	- Doenças do Sistema Osteomusculoarticular
ESF	- Estratégia Saúde da Família
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
HADI	- Hipertensão Arterial Diastólica Isolada
HASI	- Hipertensão Arterial Sistólica Isolada
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PA	- Pressão Arterial
PES	- Planejamento Estratégico Situacional
PAS	- Pressão Arterial Diastólica
PSF	- Programa Saúde da Família
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
1.1	Seleção do problema prioritário para um projeto de intervenção.....	8
1.2	Os nós críticos.....	8
2	JUSTIFICATIVA.....	10
3	OBJETIVO.....	12
4	METODOLOGIA.....	13
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	14
5.1	Comportamento Mundial da Hipertensão.....	14
5.2	Epidemiologia da Hipertensão no Brasil.....	15
5.3	Classificação da Hipertensão Arterial.....	17
5.4	Critérios de Tratamento.....	18
5.5	Promoção da saúde e prevenção da hipertensão arterial sistêmica.....	19
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	22
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
	REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

Contagem, município do estado de Minas Gerais, está situado na região central e conta com a terceira maior população do estado – 637.961 habitantes. Com o tempo, os limites do município confundiram-se com Belo Horizonte, em virtude do seu crescimento horizontal em direção à capital. Contagem integra a região metropolitana de Belo Horizonte, sendo um dos seus mais importantes municípios. Tem uma área de 195.268 km². Com uma densidade populacional de 3.013 habitantes- km² (IBGE, 2014).

O distrito sanitário da Ressaca, área geográfica do município de Contagem, possui uma população de 96.118 habitantes e conta com a maior equipe de saúde do município: são 17 unidades de saúde e 25 equipes do Programa Saúde da Família (PSF). As equipes são compostas por: um Médico, um Enfermeiro, um Técnico de Enfermagem, cinco ou seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dependendo da população atendida e um Agente Administrativo (IBGE, 2014).

O presente trabalho foi desenvolvido na Equipe 84 pertencente à Unidade Básica de Saúde (UBS) Othon Avelar Gervasio, Vila Pérola, distrito sanitário Ressaca, Contagem, com uma população de 3.364 habitantes, 885 famílias. Os dados foram obtidos do diagnóstico situacional realizado pela equipe na área de abrangência da UBS.

Os principais problemas encontrados pela Equipe 84 por meio do método de coleta de informações pela Estimativa Rápida Participativa foram:

- Elevada prevalência da Hipertensão Arterial Sistólica (HAS), 710 pacientes, 21,1%, da população com mais de 18 anos;
- Elevada prevalência de Asma Bronquial (AB) 272 pacientes, 8.8%;
- Elevada prevalência da Diabetes Mellitus (DM) 158 pacientes, 4.69 %;
- Pouca cultura sanitária da população (Hábitos, costume inadequados);
- Prevalência de fatores de riscos: sedentarismo, obesidade, tabagismo e alcoolismo.
- Prevalência de doenças/sequelas relacionadas a doenças do sistema osteomusculoarticular (DSOMA) e acidente vascular encefálico (AVE).

- A estrutura do trabalho não é adequada para atender adequadamente a elevada prevalência da Hipertensão Arterial Sistólica (HAS).

1.1 Seleção do problema prioritário para um projeto de intervenção

Para definirem-se intervenções na perspectiva de solucionar os problemas, é preciso compreender o problema e saber caracterizá-lo para descrevê-lo melhor. É necessário conhecer e explicar que outros problemas acontecem antes de um determinado problema, ou seja, quais problemas estão fazendo com que ele aconteça ou, em outras palavras, quais as suas causas (CAMPOS; FARIAS e SANTOS, 2010).

De acordo com os estudos realizados, foi priorizada a elevada prevalência de hipertensão arterial (HAS) na população com mais de 18 anos (21,1%), mas para enfrentar este problema tem um empecilho que é a estrutura do trabalho não é adequada para atender adequadamente a elevada prevalência da Hipertensão Arterial Sistólica (HAS).

1.2 Os nós críticos

Foi utilizada a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES) para identificar as causas do problema, ou seja, identificar os nós críticos do problema. A identificação das causas é fundamental porque para enfrentar um problema: devem-se atacar suas causas e, na seleção dos nós críticos, decide-se sobre quais causas devemos atuar, ou seja, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema (CAMPOS; FARIAS E SANTOS, 2010).

A elevada prevalência da Hipertensão Arterial Sistólica (HAS), 710 pacientes, 21,1%, da população com mais de 18 anos na área de abrangência está diretamente ligada com o processo de trabalho vivenciado pela equipe. Sabemos que se enfrentarmos os nós críticos definidos vamos alcançar o nosso objetivo proposto.

- Desconhecimento dos integrantes da equipe de Saúde da Família sobre os fatores de risco da HAS e sua repercussão no indivíduo, família e sociedade.
- Não implementação de atividades relacionadas à promoção da saúde, prevenção, tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica.
- Falta de materiais educativos sobre promoção da saúde e prevenção da HAS.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa um importante problema de saúde pública, como tem mostrado os estudos epidemiológicos. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a prevalência estimada de hipertensão no Brasil atualmente é de 35% da população acima de 40 anos. Isso representa, em números absolutos, um total de 17 milhões de portadores da doença, segundo estimativa de 2004 do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE, 2014). Aproximadamente 75% dessas pessoas recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento na Atenção Básica.

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. 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. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

O controle da HAS demanda serviços médicos, hospitalares e medicamentos. A ausência de ações preventivas traz implicações negativas e impacto à saúde das populações, sendo a HAS principal fator de risco para outros problemas de saúde, tornando necessário um trabalho de intervenção com ênfase na promoção da saúde e prevenção para redução de doenças cardiovasculares associadas, bem como enfrentamento dos fatores de risco: sedentarismo, estresse, tabagismo alcoolismo (DE CASSIA. *et al.* 2010) .

Tendo-se em conta que a maioria dos fatores que influenciam na hipertensão arterial sistêmica é modificável, entendo que é possível desenvolver-se programas e projetos que visem a promoção da saúde e prevenção da doença. Entre os fatores que podem influenciar no surgimento e desenvolvimento da HAS, podemos citar: o estresse, sedentarismo, alcoolismo, tabagismo, obesidade, e o mais importante, o uso excessivo de sal na alimentação. Essa influência vai a tal ponto que, às vezes,

apenas o controle desses fatores é suficiente para o controle da pressão, sem necessidade de nenhuma outra medicação (MICCOLI, 2008).

De acordo com o exposto acima, é possível ter-se uma ideia de medidas simples, porém eficientes, que podem ser adotadas para a prevenção e controle da hipertensão arterial, tal como medir a pressão regularmente, principalmente as pessoas que têm fatores risco. É necessário que esta medição seja feita em locais especializados com pessoas qualificadas, para que os valores obtidos sejam confiáveis. Orientações que objetivem mudanças de hábitos prejudiciais à saúde para hábitos que propiciem a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

Outro fator, também relevante, é que muitos médicos não dão a devida importância a ações simples como parte de um projeto de tratamento de Hipertensão Arterial, por apostarem na utilização de drogas hipotensoras ou por não desejarem interferir no cotidiano da família do paciente, tal como reduzir o consumo de sal na dieta. Talvez seja porque a maioria dos pacientes não encara com a devida seriedade esta ação, talvez pelos mesmos motivos, ou por não contarem com autonomia suficiente para decidir sua dieta. A verdade é que, apenas uma pequena parte dos hipertensos, realmente, reduz a ingestão de sal, tornando necessário o uso ou o aumento da dose dos medicamentos, o que encarece o tratamento (MICCOLI, 2008).

Meu interesse particular é propor um projeto que possa promover modificações nos modos e estilos de vida dos usuários do UBS Othon Avelar Gervasio, Vila Pérola, proporcionando-lhes uma vida mais saudável. Espero que, com ações simples, consigamos promover a saúde, prevenir, tratar e controlar a hipertensão arterial principalmente porque, de acordo com o diagnóstico da situação de saúde na equipe 84 da UBS, verificou-se que a hipertensão arterial sistêmica, com 21,42% do total apurado, é a doença com a maior prevalência. Diante dessa situação relatada encontramos um grande obstáculo que é o processo de trabalho vivenciado por toda equipe que dever deve passar por uma organização como capacitação da equipe e aquisição de material para posteriormente trabalharmos com os pacientes hipertensos.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para organização do processo de trabalho para promoção da saúde, prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica dos usuários do UBS Othon Avelar Gervasio, Vila Pérola.

4 METODOLOGIA

Na construção do plano de intervenção, foi utilizado o método Planejamento Estratégico Situacional (PES), que é um processo de elaboração da estratégia, no qual se define a relação entre a organização, ambiente interno e externo, bem como os objetivos organizacionais, com a definição de estratégias alternativas. O PES é caracterizado por quatro momentos, que constituem uma dinâmica permanente e dialética:

Momento Explicativo: busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas.

Momento Normativo: é quando são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados procurando e analisando o momento da elaboração da resposta da solução.

Momento Estratégico: busca-se aqui analisar e construir viabilidade para a proposta da solução elaborando, formulando estratégias para alcançar os objetivos traçados.

Momento operacional: momento de execução do plano, aqui devem ser definidos e implementados, o modelo de gestão e os instrumentos para o acompanhamento e avaliação do plano (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

A revisão da literatura para embasamento do tema foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros. Os artigos disponíveis nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas foram selecionados conforme os descritores e sua relevância.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Comportamento mundial da hipertensão

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBH, 2010)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) continua sendo o principal fator de risco para doenças cardiovasculares no mundo. A HAS acomete hoje mais de um bilhão de pessoas e é líder como causa de infarto agudo do miocárdio, de acidente cerebral encefálico e de doença renal crônica. Estima-se que a HAS é causa de morte de nove milhões de pessoas anualmente (SBH, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e constitui um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as doenças cardiovasculares têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (SBH, 2010).

A Hipertensão Arterial, caracterizada por apresentar-se como uma doença silenciosa na maioria dos casos, apresentam fatores de risco que a acompanham, os quais podendo ser classificadas no modificável, como o sedentarismo, da obesidade, dos hábitos alimentares e do estresse o do tabagismo, da bebida alcoólica e não modificáveis, da idade, sexo e do histórico familiar são alguns fatores de risco que,

associados entre si e á outras condições como as diferenças socioeconômicas, favorecem o aparecimento da HAS (SBC, 2010).

A hipertensão arterial pode ser classificada segundo sua causa de base (primária ou secundária) e de acordo com os níveis tensionais. A hipertensão arterial primária ou essencial representa aproximadamente 95% dos casos de hipertensão e se caracteriza por não possuir etiologia definida, mesmo quando exaustivamente investigada, possuindo importante componente genético e ambiental. A hipertensão arterial secundária, que corresponde a cerca de 5% dos indivíduos hipertensos, apresenta etiologia definida e possibilidade de cura com tratamento da doença primária (CORRÊA *et al.*, 2006).

No mundo, a hipertensão mata 9,4 milhões de pessoas por ano de doenças cardiovasculares, tais como acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio. É importante lembrar que a hipertensão também aumenta o risco de desenvolver outros problemas de saúde, como insuficiência renal e cegueira. segundo declarações da OMS estima-se que a hipertensão afeta hoje um em cada três pessoas no mundo, ou seja 2 bilhões de pessoas (OMS, 2013).

5.2 Epidemiologia da Hipertensão Arterial no Brasil

A incidência da hipertensão arterial sistêmica na população é pouco conhecida. Homens e mulheres brancos apresentam aumento de cerca de 5% na incidência de HAS para cada década de vida, exceto no grupo de 65–74 anos, no qual tem sido constatada grande proporção de hipertensão sistólica isolada (DÓREA; LOTUFO, 2004)

Como a prática tem demonstrado, a mensuração da pressão arterial persiste como o principal motivo de consulta médica e os medicamentos anti-hipertensivos encontram-se entre as drogas mais prescritas em todo o mundo. Inquéritos populacionais bem conduzidos em algumas cidades brasileiras confirmam que a prevalência da HAS, em nosso meio, permanece em patamares preocupantes. Considerando os níveis de PA > 140/90 mmHg como indicadores de hipertensão, as

taxas de prevalência na população brasileira urbana adulta têm variado entre 22,3% e 43,9% (DÓREA; LOTUFO, 2004)

No final da década de 1970 foram publicados os primeiros estudos brasileiros sobre epidemiologia da hipertensão arterial (HAS) no Brasil. A partir de então, até os dias atuais, vários trabalhos foram apresentados em congressos e outras informações foram registradas em dissertações ou teses, sem que os autores tivessem se preocupado em divulgar os seus trabalhos. Em 1993, uma revisão de tudo que se dispunha sobre a epidemiologia da HAS e que tivesse sido divulgado de alguma forma foi analisada criticamente, em uma primeira revisão nacional, publicada no Boletim Epidemiológico do SUS, em 1931. De modo geral, os estudos eram totalmente incomparáveis pelas diversidades metodológicas e pela falta de cumprimento de regras básicas para estudos populacionais sobre HAS, com perda de validade interna e, conseqüentemente, da validade externa. Nessa época já chamava a atenção a existência de alguns trabalhos sobre hipertensão primária em crianças, que são mais difíceis de serem realizados do que na população adulta. Os estudos concentravam-se nas regiões Sul (Rio GS) e Sudeste (São Paulo, Rio de Janeiro) e nenhum existia na Norte (LESSA, 2001).

Nos anos de 1998 e 1999 a revisão foi atualizada, não mais incluindo estudos não publicados ou apenas apresentados em congressos a partir de 1993 e nem aqueles com casuísticas muito reduzidas, inclusive aqueles realizados em populações indígenas. Nas publicações mais recentes, os autores apresentam metodologias mais apuradas e análises mais completas, com ajustamentos de variáveis, evitando ou minimizando vieses, e quase sempre com os intervalos de confiança a 95%, que permitem observar a precisão das amostras, entre outras vantagens. Contudo, ainda existem problemas metodológicos em alguns deles, e nem em todos, mesmo que publicados em 2001, os autores adotaram o critério para hipertensão dos últimos consensos (LESSA, 2001).

Estudos de prevalência de base populacional da hipertensão arterial no Brasil ainda estão restritos às Regiões Sul e Sudeste do País. O recente inquérito nacional de fatores de risco para doenças não transmissíveis foi realizado no Distrito Federal, em todas as capitais do Sul e do Sudeste, em duas das cinco capitais da Região Norte

(Manaus e Belém), em cinco das nove capitais da Região Nordeste (Aracaju - SE, Fortaleza - CE, Natal - RN, João Pessoa - PB e Recife - PE) e em uma das três capitais da Região Centro-Oeste (Campo Grande - MS). Estudos nas Regiões Norte e Centro - Oeste estão restritos os voluntários em populações indígenas. Na Região Nordeste, estudos foram encontrados apenas na Bahia, em uma pequena população rural e na capital do Estado. Há necessidade de ampliar nosso conhecimento sobre a saúde da população brasileira no seu conjunto, já que fatores etários, econômicos e sociais podem influenciar a prevalência da hipertensão (LESSA, 2001).

Uma pesquisa divulgada recentemente pelo Ministério da Saúde apontou que a proporção de brasileiros diagnosticados com pressão alta cresceu de 21,5% em 2006 para 24,4% em 2009. A Sociedade Brasileira de Cardiologia estima que apenas 10% da população faça regularmente acompanhamento médico e siga corretamente as orientações. De acordo com dados dessa última pesquisa do Ministério da Saúde sobre a hipertensão, o Rio de Janeiro (RJ) aparece como a primeira capital na proporção de hipertensos, com 28% de casos, seguido de Recife (PE), com 27,6% e Campo Grande (MS) 26,5% (OMS, 2013).

A hipertensão arterial (pressão alta) é das doenças de maior prevalência na população. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que haja 30 milhões de hipertensos, cerca de 30% da população adulta. Entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% têm hipertensão. No mundo, são 600 milhões de hipertensos (OMS, 2002).

5.3 Classificação da Hipertensão Arterial

De acordo com o II CONSENSO BRASILEIRO (1994), qualquer número é arbitrário e qualquer classificação é insuficiente, daí a necessidade de sistematização de uma definição operacional para separar indivíduos sãos dos doentes. Na verdade, podemos ter maior ou menor risco cardiovascular, tanto acima como abaixo do número limítrofe, quando considerado o paciente individualmente. Desta maneira, enfatiza-se a necessidade de extrema cautela antes de se rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um falso positivo como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. Se aceita como normal para

indivíduos adultos (acima de 18 anos de idade) cifras inferiores a 90 mmHg de pressão arterial diastólica.

Classificação da hipertensão arterial no Brasil pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010):

- . Ótima: PAS < 120 e PAD < 80
- . Normal: PAS < 130 e PAD < 85
- . Limítrofe: PAS 130 - 139 ou PAD 85 – 89
- . Estágio 1 (Leve): PAS 140 – 159 ou PAD 90- 99
- . Estágio 2 (Moderada): PAS 160 – 179 ou PAD 100- 109
- . Estágio 3 (Grave): PAS > 180 ou PAD > 110
- . Sistólica Isolada: PAS > 140 e PAD < 90

Levando-se em consideração apenas a pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg, obteve-se 21,1%, de prevalência de hipertensão na população adulta da equipe 84, Vila Pérola, valor similar a outros estudos que revelam a prevalência 23,03% no Brasil e de 25,1% em Belo Horizonte (BRASIL, 2013).

No levantamento realizado, tendo como referência a classificação acima e considerando o total de hipertensos, encontrou-se: 597 pacientes (84%) no Estágio 1 (leve); 78 pacientes (11%) no Estágio 2 (moderada) e 35 pacientes (5%) no Estágio 3.

5.4 Critérios do Tratamento

No Brasil existem critérios para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica, segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, os quais devem ser observados para alcançar-se uma menor incidência de derrame em 35 - 40%, de enfarte do miocárdio em 20 - 25% de insuficiência cardíaca em mais de 50% dos casos apurados (SBH, 2010).

O tratamento não medicamentoso tem como principal objetivo, diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial. Esta é uma indicação a todos os hipertensos e aos indivíduos mesmo que normotensos, mas de alto risco

cardiovascular (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998).

De acordo com o II Consenso Brasileiro para o Tratamento da Hipertensão Arterial (1994), diagnosticada a hipertensão arterial sistêmica, o paciente deverá ser reavaliado de 4 a 6 semanas após a visita inicial, para verificação da resposta às medidas não farmacológicas, presença de fatores de riscos e lesões em órgãos-alvo ainda não identificadas. A instituição do tratamento farmacológico deve levar em conta além das cifras pressóricas, a presença ou não de lesões em órgãos alvo e fatores de riscos cardiovasculares associados. Lembrar que, quando a pressão arterial diastólica (PAD) for ≥ 100 mmHg e < 110 mmHg há indicação de tratamento farmacológico imediato. Para os pacientes com PAD > 90 mmHg deve haver reavaliação periódica por pelo menos 12 semanas, com intervalos mensais, mantendo a terapia não farmacológica (II CONSENSO BRASILEIRO, 1994).

5.5 Promoção da saúde e prevenção da hipertensão arterial sistêmica

A promoção da saúde, que reforça a importância da ação política, as condições ambientais e as mudanças nos estilos de vida, tornou-se referência para o movimento da “nova saúde pública”.¹ Ela foi conceituada na Conferência de Ottawa (1986) como um processo através do qual a população se capacita e busca os meios para conseguir controlar os fatores que favorecem seu bem-estar e da comunidade ou que podem estar pondo em risco, tornando-a vulnerável ao adoecimento e prejudicando sua qualidade de vida. O documento produzido no referido evento, a Carta de Otawa (1986), reforça a necessidade de desenvolver-se habilidades pessoais para a promoção da saúde e prevenção de doenças:

É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. **Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem se realizar através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais** (CARTA DE OTAWA, 1986, p. 19).

¹ V. PAIM, J. S e FILHO, N. A. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas”. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 32 nº 4. São Paulo. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001

Quanto à prevenção, podemos conceituá-la como uma ação antecipada contra o surgimento ou progresso posterior de uma determinada doença. A prevenção caracteriza-se por um conjunto de ações que visam evitar determinada doença na população, removendo os fatores causais, ou seja, visam à diminuição de sua incidência por meio da promoção da saúde e proteção específica contra o adoecimento (CARTA DE OTTAWA,1986).

A prevenção, para atingir seus objetivos, demanda a mobilização das pessoas, de modo que elas assumam o controle e melhoria da sua saúde. Isto pode levá-las a alcançarem um adequado estado de bem estar físico, mental e social e com isso serem capazes de identificar, satisfazer suas aspirações, suas necessidades e de mudar ou adaptar-se ao meio ambiente (CARTA DE OTTAWA,1986). Desta maneira, é essencial compreender-se que o desenvolvimento da saúde não pode ser reduzido à luta contra a doença por meio de práticas clínicas tradicionais.

Trabalhar na prevenção é trabalhar com causas reais ou hipotéticas de algo que (no caso de alguma doença) poderia ser evitado e não o foi, significaria um grande custo em dinheiro, no sofrimento, na expectativa de vida (TOPF, 2009).

Prevenção no campo da saúde implica uma concepção científica do trabalho. Isto quer dizer que não é apenas uma maneira de fazer, é uma forma de pensar. É também uma maneira de organizar e agir, essencial na concepção de um sistema de saúde (CALVIÑO, 1996).

A prevenção primária está dirigida às medidas não medicamentosas, como também mudanças no estilo de vida são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com pressão arterial (PA) limítrofe. Mudanças de estilo de vida reduzem a PA, bem como a mortalidade cardiovascular. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e a adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e de

álcool, ingestão de potássio e combate ao sedentarismo e ao tabagismo (SBH, 2010).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Partindo do referencial teórico construído por meio da revisão da literatura e a análise dos dados do diagnóstico da saúde onde o principal problema identificado na área de abrangência da equipe 84, UBS Othon Avelar Gervasio, Vila Perola, Distrito Sanitário a Ressaca, Contagem, Minas Gerais foi a elevada prevalência da hipertensão arterial sistêmica.

Na análise do problema a ser enfrentado foram identificados quatro nós críticos, a saber:

- Desconhecimento dos integrantes da equipe de Saúde da Família sobre os fatores de riscos da HAS e sua repercussão no indivíduo, família e sociedade;
- Não implementação de atividades educativas relacionadas à promoção da saúde, prevenção, tratamento e controle da HAS;
- Falta de materiais educativos sobre promoção da saúde e prevenção da HAS.

As ações relativas a cada nó crítico estão detalhadas nos Quadros 1 a 3.

- **Quadro 1-** Operações sobre o nó crítico: Desconhecimento dos integrantes da equipe de Saúde da Família sobre os fatores de riscos da HAS e sua repercussão no indivíduo, família e sociedade. UBS Nº 84, Ressaca, município de Contagem, Minas Gerais

Nó crítico 1	Desconhecimento dos integrantes da equipe de Saúde da Família sobre os fatores de risco da HAS e sua repercussão no indivíduo, família e sociedade.
Operação/ Projeto	Atualização -Atualizar os integrantes da equipe de Saúde da Família sobre os fatores de risco da hipertensão arterial e sua repercussão no indivíduo, família e sociedade. - Elevar os níveis de conhecimento da equipe sobre a HAS e assistência que deve ser prestada
Resultados esperados	Profissionais capacitados para um diagnóstico e tratamento oportuno. Mais interessados e comprometidos com atendimento do paciente hipertenso
Produtos esperados	Pacientes com melhor atendimento e acompanhamento e conseqüentemente níveis pressóricos menores ou estabilizados. Capacitação contínua da equipe sobre a importância na HAS.
Atores sociais/	Médico e enfermeiro
Recursos necessários	Cognitivos: informação sobre o tema e elaboração de projetos para atendimento dos hipertensos Político: mobilização social e articulação intersetorial Organizacional: para organizar as palestras, grupos de discussão sobre ações educativas e saúde. Financeiros: para aquisição de material
Recursos críticos	Cognitivos, políticos, financeiros.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Gerente da Unidade
Ação estratégica de motivação	Favorável
Responsáveis:	Médico, enfermeiro
Cronograma / Prazo	Semestral
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Reuniões semanais para discutir os atendimentos feitos aos pacientes hipertensos, visitas domiciliares, monitoramento dos medicamentos e formação de atendimento em grupos,

- **Quadro 2-** Operações sobre o nó crítico: não implementação de atividades educativas relacionadas à promoção da saúde, prevenção, tratamento e controle da HAS da UBS N° 84, Ressaca, município de Contagem, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Não implementação de atividades educativas relacionadas à promoção da saúde, prevenção, tratamento e controle da HAS.
Operação/ Projeto	Implementação já -Desenvolver atividades de educação para a saúde dos trabalhadores da unidade e pacientes da UBS na promoção, prevenção, tratamento e controle da HAS. - Implantar a linha de cuidado para hipertensão arterial, - Conhecer e implementar as estratégias da saúde da família.
Resultados esperados	-Melhoria do conhecimento sobre a promoção da saúde e prevenção de doenças da comunidade em geral -Elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos;
Produtos esperados	Capacitação de pessoal, gestão da linha de cuidados implantados.
Atores sociais/ responsabilidades	Gestores das unidades Medico e enfermeiro
Recursos necessários	Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos. Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional: adequação de fluxos referência e contra referência.
Recursos críticos	Cognitivos, Político, Organizacional.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Gerentes da Unidade
Ação estratégica de motivação	Favorável
Responsáveis:	Médico e enfermeiro
Cronograma / Prazo	Semestral
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Controle Sistemático e avaliação do cumprimento das atividades planejadas.

- **Quadro 3-** Operações sobre o nó crítico: falta de materiais educativos sobre promoção da saúde e prevenção da HAS. UBS Nº 84, Ressaca, município de Contagem, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Falta de materiais educativos sobre promoção da saúde e prevenção da HAS.
Operação/ Projeto	Material Didático. -Aumentar o nível de informação e elaboração de material educativo. - Identificar e propor formas de atuação na comunidade para uma cultura de saúde, com promoção da saúde, prevenção, tratamento e controle da HAS.
Resultados esperados	População mais informada a respeito da doença
Produtos esperados	Elevar os conhecimentos da população em geral sobre manejo, acompanhamento e reabilitação dos pacientes doentes.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe da Saúde
Recursos necessários	Cognitivos: informação sobre o tema Político: parceria com setor educativo e mobilização social
Recursos críticos	Cognitivos, Político
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Gerente da Unidade
Ação estratégica de motivação	Favorável
Responsáveis:	Secretaria de Municipal Saúde, Secretaria de Municipal de Educação Equipe de ESF
Cronograma / Prazo	Semestral
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Controle Sistemático e avaliação do cumprimento das atividades planejadas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos maiores desafios no controle da hipertensão arterial é a educação para a saúde, que possibilita a conscientização dos pacientes e familiares para a necessidade de modificar o estilo de vida, além de entender e conhecer o tratamento e favorecer um comportamento participativo. Nesse sentido, as orientações devem ser adequadamente registradas e feitas de forma clara e simples, e a equipe de saúde deve ser ampliada, capacitada e o processo de trabalho organização contando com a participação de educadores físicos e psicólogos, entre outros profissionais, a fim de elaborar alternativas, com os pacientes e os membros das famílias. A equipe deve implantar os Protocolos de atendimento do paciente hipertenso. Além dos pacientes, cuidadores, familiares e membros da equipe de saúde, devem se sentir incluídos nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças os gestores de saúde.

A estratégia da Saúde da Família objetiva conhecer a realidade das famílias, identificar os problemas de saúde e riscos de exposição das populações, e a partir destes, além do tratamento e reabilitação, desenvolver ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, que melhorem a qualidade de vida da comunidade.

Essas conclusões norteiam para a necessidade de manter a organização do processo adequada para atender a população e melhorar cada vez mais a integralidade multidisciplinar das Equipes de Saúde da Família, para que possam ser planejados administrados e avaliados programas comunitários e individuais que contribuam para implementar mudanças de hábitos de vida dos sujeitos, sobretudo em relação à prática de exercícios físicos. A educação para a saúde contribui para uma maior adesão ao tratamento não medicamentoso, para a melhoria do controle da hipertensão e prevenção de complicações que comprometem a saúde dos hipertensos.

O trabalho possibilitou-me compreender melhor as principais causas que influem negativamente no acompanhamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) na atenção primária. Espero que ele seja uma contribuição para os membros da

Unidade Básica de Saúde – gerentes e da equipe da saúde – e às pessoas que necessitam de conhecimentos que permeiam a problemática abordada.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério de saúde, 2013. **Prevalência da hipertensão arterial no Brasil**. Disponível em: <www.precepta.com.br/blog/prevalencia-de-hipertensao-arterial-brasil>. Acesso em: 23 abril 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>>. Acesso em: 11 maio 2015.
- CALVIÑO, M. **Criatividade e comunicação na educação e promoção da saúde**. XI Taller Internacional de Comunicación Social na Saúde, Cuba, 1996. Disponível em: <www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml>. Acesso em: 6 março 2015.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A.. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON / UFMG, 2010. 2ª edição. Disponível em: <www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em: 7 março 2015.
- CANADA. Carta de Ottawa. **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa**, Canadá, 17-21 Novembro de 1986. Disponível em: <www.ptacs.pt/Document/Carta de Otawa.pdf · Arquivo PDF.>. Acesso em: 7 março 2015.
- CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 7 março 2015.
- CORRÊA, T.D, Namura J.J, Pontes da Silva C.A, Castro M.G, Ferreira C. **Artigo de Revisão Hipertensão arterial sistêmica**, 2006. Disponível em: <www.saudedireta.com.br/docsupload/134020117631amabc91.pdf>. Acesso em: 7 março 2015.
- DE CASSIA R. *et.al.* **Prevenção e promoção da saúde com ênfase para portadores de hipertensão arterial sistêmica no Município de Uruguaiana**. 2010. v 2, n 1. Disponível em: seer.unipampa.edu.br/index.php/siepe/article/view/4835. Acesso em 22 maio 2015
- DÓREA, Egídio Lima; LATUFO, Paulo Andrade. Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Vol. 7, Nº 3, 2004. p. 86-87. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/revistas/2004_N3_V7/Revista3Hipertensao2004.pdf>. Acesso em: 6 março 2015.
- II CONSENSO BRASILEIRO PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL. RJ - 3 a 6 de março de 1994. Disponível em:

<publicacoes.cardiol.br/consenso/1994/6304/63040015.pdf> Acesso em: 20 abril 2015.

III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Capítulo 4, 1998. Disponível em: www.sbn.org.br/.../III_Consenso_Brasileiro_Hipertensao.pdf. Acesso em: 20 abril 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php>. Acesso em: 7 março 2015.

LESSA, Ínes. Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica e de Insuficiência Cardíaca no Brasil. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Nº 8, 2001, p. 383-92. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-4/epidemiologia.pdf>>. Acesso em: 8 março 2015.

MICCOLI. J.R. Consenso Nacional sobre Hipertensão Arterial, Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: drmiccoli.tripod.com/hiperten.htm. Acesso em 22 maio 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Programa de Saúde Mental de mundo de ação. Cuidados Inovadores para Condições Crônicas. **Relatório Mundial**, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>>. Acesso em: 8 março 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Estatísticas de Hipertensão no Brasil**, 2013. Disponível em: <www.criasaude.com.br/N4766/doencas/hipertensao/estatisticas>. Acesso em: 8 março 2015.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Nova concepção, nova esperança**, 2001. Disponível em: <<http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>>. Acesso em: 8 março 2015.

PAIM, J. S e FILHO, N. A. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas”. **Revista de Saúde Pública**. v. 32, n. 4. São Paulo. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001> Acesso em: 26/05/2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. 2010; 95(1 supl.1): p. 1-51. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 7 março 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Janeiro, Fevereiro e Março de

2010. V 13, N 1, P 8-16. Disponível em: <www.sbh.org.br/medica/revistas-2013.asp.> Acesso em: 7 março 2015.

TOPF, J. **A prevenção da saúde**, 2009. Disponível em:
<www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml.>
Acesso em: 8 março 2015.