

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

YAMILA GONZALEZ ZAMORA

**MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA DE PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL DO PROGRAMA DE SAÚDE DE FAMÍLIA
NA UBS SAPUCAIAS 1 EM CONTAGEM - MG**

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2016

YAMILA GONZALEZ ZAMORA

**MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA DE PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL DO PROGRAMA DE SAÚDE DE FAMÍLIA
NA UBS SAPUCAIAS 1 EM CONTAGEM - MG**

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

Orientadora: Thais Porlan de Oliveira

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2016

RESUMO

Na UBS Sapucaia I são atendidos muitos pacientes hipertensos não controlados que evoluíram com complicações cardíacas mais frequentes, já que eles não aderem ao tratamento medicamentoso e não fazem dieta adequadamente. Dada a alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) na população da área de abrangência e com descontrole da doença por dieta pouco saudável e estilos de vida inadequados, acredita-se que o projeto de intervenção proposto ajude e possibilite melhora da qualidade de vida da população adstrita, com redução da morbimortalidade relacionada com a hipertensão arterial sistêmica. O objetivo geral foi elaborar um projeto de intervenção que possa possibilitar a modificação dos estilos de vida e hábitos alimentares inadequados para diminuir a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) da equipe de Unidade Básica de Saúde SAPUCAIS I. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema. Descritores utilizados: hipertensão arterial, equipe do PSF. A Organização Mundial de Saúde apontou a hipertensão, ou a pressão arterial elevada, como a principal causa de mortalidade cardiovascular. A Liga Mundial de Hipertensão, uma organização que congrega 85 ligas e institutos nacionais de hipertensão, divulgou que mais de 50% dos hipertensos no mundo não estão conscientes desse estado. A conclusão deste trabalho revela o fato de que a hipertensão arterial é um problema fundamental que afeta a população de atendimento e a hipótese é de que ela é um problema em todo o Município de Contagem, apontando à importância de toda equipe investir um forte trabalho para diminuir a incidência desta patologia crônica.

Palavras chave: Hipertensão arterial sistêmica. Programa de saúde da família. Estilo de vida

ABSTRACT

On UBS Sapucaia I are met many hypertensive patients not controlled that evolved with heart complications, since they don't adhere to drug treatment and no diet properly. Given the high prevalence of SAH in the population of area and with uncontrolled disease by diet unhealthy and inappropriate lifestyles, it is believed that the proposed intervention project help and enable improves the quality of life of the population employed, with reduction of morbidity and mortality related to how the goal HAS team has: elaborate a project of intervention which may enable the modification of lifestyles and inappropriate eating habits to decrease prevalence of HAS UBS team SAPUCAIS i. for the development of the contingency plan will be used the Situational strategic planning-PES as the text of section 1 of the scientific initiation and module 2 module section of planning and review. narrative of the literature on the topic. Key words: arterial hypertension, used the PSF team. The World Health Organization pointed to hypertension, or high blood pressure, as the leading cause of cardiovascular mortality. The world Hypertension League, an organization that brings together 85 leagues and national institutes of hypertension, disclosed that more than 50% of hypertensive patients in the world are not aware of that State. The completion of this work reveals the fact that high blood pressure is a fundamental problem that affects the population of the hypothesis is that it is a problem throughout the city, pointing to the importance of every team invest a strong work to reduce the incidence of this pathology.

Keywords: hypertension. Family health program; Lifestyle

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 JUSTIFICATIVA.....	8
3 OBJETIVOS.....	9
3.1 Objetivo Geral	9
3.2 Objetivos Específicos	9
4 METODOLOGIA.....	10
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	11
6 PLANO DE AÇÃO.....	22
6.1 Diagnóstico situacional	22
6.2 Identificação dos problemas	23
6.3 Priorização dos problemas	23
6.4 Descrição dos problemas selecionados	24
6.5 Desenho das operações	26
6.6 Identificação dos recursos críticos	26
6.7 Análise da viabilidade	27
6.8 Elaboração do plano operativos e Gestão do plano	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

O município de Contagem é um município da região central de Minas Gerais, a 21 km da capital, tem a terceira maior população da região metropolitana de Belo Horizonte, com 603,442 habitantes em 2010. Contagem é um dos mais importantes municípios dessa aglomeração urbana por seu grande parque industrial. Os limites geográficos do município perderam-se com o tempo em virtude do seu crescimento horizontal em direção a capital, ocasionando uma intensa conturbação com Belo Horizonte (IBGE, 2010).

1.1 Descrição do município

Na Tabela 1 está descrita a porcentagem da população por grupos de faixa etária, segundo o Censo de 2010.

Tabela 1- População do município Contagem por faixa etária.

Faixa etária	População	%
0 a 14 anos	129.486	21.5
15 a 29 anos	167.095	27.7
30 a 39 anos	104.198	17.3
40 a 59 anos	146.910	24.3
60 anos ou mas	55.762	9.2
Total	603.442	100

Fonte: Censo IBGE (2010).

O Sistema Municipal de Saúde tem o Hospital Municipal de Contagem e a Unidade de Pronto Socorro Geraldo Pinto Vieira, também conhecida como Hospital JK, como centro de média e alta complexidade. Na atenção secundária existem dois Centros de consultas especializadas e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) em Nova Contagem, Petrolândia e Ressaca, Exames de Laboratório, SAMU, Saúde do Trabalhador, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A Atenção Primária de Saúde conta com Unidade Básica de Saúde em oitos Distritos Sanitários, Farmácias Distritais e Serviços Odontológicos. Em 2011 eram mais de 100 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas nos diversos distritos sanitários.

A UBS Sapucaia 1 pertence a região Sapucaia onde tem creches, escolas de ensino fundamental e médio, igrejas, comércios e acesso a bancos, correios e demais atividades básicas. A UBS Sapucaia 1 tem cadastradas 1122 famílias e 3740 usuários. Destes 47,6% tem cobertura de plano de saúde. As doenças mais freqüentes são: Hipertensão Arterial (11,7%), Diabetes M. (3,2%) e alcoolismo e drogadicção (1%). Conta com prontuário eletrônico. O horário de atendimento é de 8 às 13 horas, de segunda a sexta feira. A equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) possui psiquiatra psicólogo, pediatra, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Para atendimento inicial de urgência-emergência a unidade dispõe de alguns medicamentos e, quando é necessário, são utilizadas ambulâncias do SAMU.

Quanto aos recursos humanos a UBS conta com duas médicas, um enfermeiro, uma técnica em enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde e um auxiliar administrativo. A jornada de trabalho é de 40 horas semanais e de 32 horas semanais para os médicos, sendo as outras dedicadas ao estudos. A UBS é composta por: recepção, sala de espera, sala de pré-consulta, 2 consultórios médicos e 1 de enfermagem, consultório do NASF, sala de vacinação, sala de curativos e procedimentos, sala de reuniões e banheiros.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem alta prevalência e as baixas taxas de controle constituem um problema de saúde e um dos principais fatores de risco modificáveis. A HAS é uma doença crônica que se não é controlada pode ter muitas complicações, como acidentes vasculares encefálicos, cardiopatias isquêmicas, insuficiência renal crônica, retinopatias, nefropatias, entre outras.

Na UBS Sapucaia 1 são atendidos muitos pacientes hipertensos não controlados que evoluíram com complicações cardíacas mais frequentes, já que eles não tomavam medicamentos de forma correta e não faziam dieta adequada. Dada a alta prevalência de HAS na população de área de abrangência e com descontrole da doença por dieta não saudável e estilos de vida inadequados, acredita-se que o projeto de intervenção proposto ajude e possibilite melhorada qualidade de vida da população adstrita, com redução da morbimortalidade relacionada com HAS.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção que possa possibilitar a modificação dos estilos de vida e hábitos alimentares inadequados para diminuir a prevalência de HSA da UBS Sapucaias 1.

3.2 Objetivos específicos

- Planejar a viabilidade de grupos para todos os hipertensos da área de abrangência de Sapucaias 1;
- Planejar a orientação de todos os pacientes hipertensos sobre modificação dos hábitos alimentares para estilos de vida saudáveis, por meio do planejamento de palestras informativas para os usuários.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES, conforme o texto da seção módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS;FARIA;SANTOS, 2010) e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema. Os descritores utilizados foram: hipertensão arterial e equipe do PSF. Este método transcorre por quatro momentos:

- Momento explicativo, no qual se buscou conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar os problemas;
- Momento normativo, que é o momento de elaboração de propostas de soluções, ou seja, a formulação de soluções para o enfrentamento do problema identificado;
- Momento estratégico, no qual buscou-se analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo traçado.

4. Momento tático-operacional, que é o momento de execução do plano.

Estes momentos têm diferentes passos, porém neste trabalho foram utilizados os seguintes: definição dos problemas, priorização do problema, seleção dos “nós críticos” e elaboração do plano operativo para dar solução aos problemas encontrados.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (ALDERMAN, 2006). A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como:

- Doença cérebro-vascular
- Doença arterial coronariana
- Insuficiência cardíaca
- Doença renal crônica
- Doença arterial periférica

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento.

É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada.

A doença constitui um agravo à saúde, sua prevalência na população brasileira adulta varia entre 15% e 20% e aumenta progressivamente com a idade (QUINTANA, 2011). A HAS é considerada um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Os estudos revelam que sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos, numa média de 32%, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos de idade e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2013). Estes dados são relevantes e seus agravos merecem destaque como:

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco (BRASIL, 2013. p. 19).

Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas (CAMPBELL et al., 2003). É preciso ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevada em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais. A aferição repetida da pressão arterial em dias diversos em consultório é requerida para chegar a pressão usual e reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial ante a simples presença do profissional de saúde no momento da medida da PA.

A equipe de saúde deve procurar conhecer os mitos culturais sobre a HAS e as experiências anteriores de paciente e familiares e, assim conseguir maior adesão

ao tratamento da HAS. Para isso, é essencial buscar estratégias que envolvam o usuário doente, dialogar com ele e principalmente ouvi-lo, para levantar o grau de conhecimento sobre sua condição de saúde e sobre os fatores que podem contribuir para a melhora ou piora do quadro atual (MINAS GERAIS, 2006).

O tratamento da hipertensão arterial sistêmica representa um desafio para pesquisadores e clínicos de todas as áreas da saúde, apesar dos avanços farmacológicos nos últimos anos. A equipe multiprofissional, reconhecida como necessária para o sucesso do tratamento, vê-se frequentemente frustrada ao verificar a resistência do paciente à mudança de hábitos de vida, tão essenciais na terapêutica da hipertensão (QUINTANA, 2011,p. 15.)

5.1 Investigação Clínico-Laboratorial

De acordo com Drouin (2006), a investigação clínico-laboratorial do paciente hipertenso objetiva explorar as seguintes condições:

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

Para atingir tais objetivos, são fundamentais as seguintes etapas:

- História clínica.
- Exame físico.

A maioria dos casos de hipertensão arterial não apresenta uma causa aparente facilmente identificável, sendo conhecida como hipertensão essencial. Uma pequena proporção dos casos de hipertensão arterial é devida a causas muito bem estabelecidas, que precisam ser devidamente diagnosticadas, uma vez que, com a remoção do agente etiológico, é possível controlar ou curar a hipertensão arterial. É a chamada hipertensão secundária. No nível de atenção básica, a equipe de saúde deve estar preparada para diagnosticar, orientar e tratar os casos de hipertensão

essencial, que são a maioria. Por outro lado, os casos suspeitos de hipertensão secundária deverão ser encaminhados a especialistas .

- Doença Parenquimatosa Renal (glomerulopatia, pielonefrite crônica, rins policísticos, nefropatia de refluxo);
- Renovascular (aterosclerose, hiperplasia fibromuscular, poliarterite nodosa);
- Endócrina (acromegalia, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, hiperaldoosteronismo primário, síndrome Cushing, hiperplasia adrenal, feocromocitoma, uso de hormônios exógenos);
- Coartação de aorta;
- Hipertensão gestacional;
- Neurológicas (aumento de pressão intra-craniana, apnea do sono, quadriplegia, porfíria aguda, disautonomia familiar);
- Estresse agudo (cirurgia, hipoglicemia, queimadura, abstinência alcoólica, parada cardíaca, perioperatório);
- Exógenas (abuso de álcool, nicotina, drogas imunossupressoras, intoxicação por metais pesados);
- Insuficiência aórtica, fístula arterio-venosa, tireotoxicose, doença Paget e beribéri [hipertensão sistólica].

Ao atender um paciente hipertenso, o profissional da rede básica de saúde deve procurar por indícios clínicos de hipertensão arterial secundária, a fim de levantar a hipótese diagnóstica e de fazer o devido encaminhamento a especialistas (DROUIN, 2006).

Segundo Drouin,(2006) os achados clínicos sugestivos de hipertensão secundária são:

- potássio sérico inferior a 3,5 meq./-1, na ausência de tratamento com diuréticos,
- **p**roteinúria,
- **h**ematúria,

- elevação da creatinina,
- sopro abdominal,
- má resposta ao tratamento,
- Ausência de história familiar
- início abrupto e grave de hipertensão, com retinopatia severa, hematúria e perda de função renal (HAS acelerada ou maligna)
- pressão arterial mais baixa nos membros inferiores
- acentuada oscilação de pressão arterial, acompanhada de rubor facial, sudorese e taquicardia paroxística
- início súbito de hipertensão após os 55 anos de idade ou antes dos 30 anos

Para Marquez Contreras *et al.* (2007) as principais estratégias para o tratamento não-farmacológico da HAS incluem as seguintes:

➤ *Controle de peso*

O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença do excesso de peso. Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso. A meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir redução da pressão arterial.

Independentemente do valor do IMC, a distribuição de gordura, com localização predominantemente no abdome, está frequentemente associada com resistência à insulina e elevação da pressão arterial. Assim, a circunferência abdominal acima dos valores de referência é um fator preditivo de doença cardiovascular. A redução da ingestão calórica leva à perda de peso e à diminuição da pressão arterial, mecanismo explicado pela queda da insulinemia, redução da sensibilidade ao sódio e diminuição da atividade do sistema nervoso autônomo simpático (OLIVEIRA, 2002).

➤ *Adoção de hábitos alimentares saudáveis*

A dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (<2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos. As linhas gerais de recomendação dietética para o paciente hipertenso estão resumidas em:

- Manter o peso corporal adequado;
- Reduzir a quantidade de sal no preparo dos alimentos e retirar o saleiro da mesa;
- Restringir as fontes industrializadas de sal: temperos prontos, sopas, embutidos como salsicha, lingüiça, salame e mortadela, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacote, fast food;
- Limitar ou abolir o uso de bebidas alcoólicas;
- Dar preferência a temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, ao invés de similares industrializados;
- Substituir bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas por frutas in natura;
- Incluir, pelo menos, seis porções de frutas, legumes e verduras no plano alimentar diário, procurando variar os tipos e cores consumidos durante a semana;
- Optar por alimentos com reduzido teor de gordura e, preferencialmente, do tipo mono ou poliinsaturada, presentes nas fontes de origem vegetal, exceto dendê e coco;
- Manter ingestão adequada de cálcio pelo uso de vegetais de folhas verde-escuras e produtos lácteos, de preferência, desnatados;
- Identificar formas saudáveis e prazerosas de preparo dos alimentos: assados, crus, grelhados, etc.;
- Estabelecer plano alimentar capaz de atender às exigências de uma alimentação saudável, do controle do peso corporal, das preferências pessoais e do poder aquisitivo do indivíduo e sua família (MARQUEZ CONTRERAS *et al.*, 2007).

➤ *Redução do consumo de bebidas alcoólicas*

A relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial tem sido relatada em estudos observacionais e a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas.

Recomenda-se limitar a ingestão de bebida alcoólica a menos de 30 ml/dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres, preferencialmente com as refeições. Isso corresponde, para o homem, a ingestão diária de no máximo 720 ml de cerveja (uma garrafa); 240 ml de vinho (uma taça) ou 60 ml de bebida destilada (uma dose). Aos pacientes que não conseguem se enquadrar nesses limites de consumo sugere-se o abandono do consumo de bebidas alcoólicas (MARQUEZ CONTRERAS *et al.*, 2007).

➤ *Abandono do tabagismo*

O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Parece ser maior em mulheres do que em homens. Em avaliação por MAPA, a PA sistólica de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não-fumantes, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo. Portanto, os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas. Abordagem ao indivíduo tabagista esta descrita no Manual de Prevenção das Doenças Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal (MARQUEZ CONTRERAS *et al.*, 2007).

➤ *Prática de atividade física regular*

Pacientes hipertensos devem iniciar atividade física regular, pois além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso.

A recomendação da atividade física baseia-se em parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização. Portanto, a atividade física deve ser realizada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana (5) de forma contínua ou acumulada. A orientação ao paciente deve

ser clara e objetiva. As pessoas devem incorporar a atividade física nas atividades rotineiras como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, optar sempre que possível pelo transporte ativo nas funções diárias, que envolvam pelo menos 150 minutos/semana (equivalente a pelo menos 30 minutos realizados em 5 dias por semana). O efeito da atividade de intensidade moderada realizada de forma acumulada é o mesmo daquela realizada de maneira contínua, isto é, os trinta minutos podem ser realizados em uma única sessão ou em duas sessões de 15 minutos (p.ex. manhã e tarde) ou ainda, em três sessões de dez minutos (p.ex. manhã, tarde e noite).

De forma prática, atividade física moderada é aquela que pode ser realizada mantendo-se conversação. Por exemplo, uma caminhada com o passo acelerado, com a percepção do aumento da frequência cardíaca e da frequência respiratória, sem impedir a possibilidade de diálogo com outra pessoa. Em outras palavras, a atividade não deve ser fatigante, pois aí ela deixaria de ser moderada e passaria a ser intensa. Para prática de atividades moderadas, não há necessidade da realização de avaliação cardiorespiratória de esforço para indivíduos iniciarem um programa de atividade física (OLIVERIA *et al.*, 2002).

A avaliação médica e de esforço em indivíduos assintomáticos deve se restringir apenas a pacientes com escore de Framingham alto ou aqueles que desejem desenvolver programas de exercícios estruturados ou atividades desportivas que exijam níveis de atividade física de alta intensidade.

A hipertensão não tem cura, mas tem tratamento para ser controlada. Somente o médico poderá determinar o melhor método para cada paciente, que depende das comorbidades e medidas da pressão. É importante ressaltar que o tratamento para hipertensão nem sempre significa o uso de medicamentos - mas se estes forem indicados, ela deve aderir ao tratamento e continuar a tomá-lo mesmo que esteja se sentindo bem. Mas mesmo para quem faz uso de medicação é imprescindível adotar um estilo de vida saudável:

- Manter o peso adequado, se necessário, mudando hábitos alimentares
- Não abusar do sal, utilizando outros temperos que ressaltam o sabor dos alimentos

- Praticar atividade física regular
- Aproveitar momentos de lazer
- Abandonar o fumo
- Moderar o consumo de álcool
- Evitar alimentos gordurosos
- Controlar o diabetes e outras comorbidades(OLIVERIA *et al.*, 2002).

Os medicamentos mais usados para o tratamento de hipertensão são:

- Aldactone
- Aradois
- Atenolol
- Atenolol + Clortalidona
- Atensina
- Besilato de Anlodipino
- Captopril
- Captopril + Hidroclorotiazida
- Carvedilol
- Concor
- Diovan
- Diurix
- Doxazosina
- Enalapril
- Espironolacton
- Furosemida

- [Hidroclorotiazida](#) (OLIVERIA *et al.*, 2002).

As principais complicações da hipertensão são AVC, por infarto agudo do miocárdio ou doença renal crônica. Além disso, a hipertensão pode levar a uma atrofia do músculo do coração, causando arritmia cardíaca. É importante ressaltar que qualquer combinação de fatores de risco é sempre muito mais grave, pois o risco das comorbidades é multiplicado. Em média, uma pessoa com hipertensão que não controla o problema terá uma doença mais grave daqui 15 anos.

5.2 Prevenção

Tendo em vista todo o exposto, é recomendável que pessoas em idade adulta aferem a pressão pelo menos uma vez por ano como forma de acompanhamento (a medida que vamos envelhecendo a pressão vai aumentando). Além disso, outros hábitos de vida saudáveis podem ser adotados para prevenir a hipertensão:

- Evite ficar parado: caminhe mais, suba escadas em vez de usar o elevador;
- Diminua ou abandone o consumo de bebidas alcoólicas;
- Tente levar os problemas do dia a dia de maneira mais tranquila;
- Mantenha o peso saudável: procure um profissional de saúde e peça orientação quanto à sua alimentação;
- Tenha uma alimentação saudável;
- Diminua o sal da comida.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Diagnóstico situacional

Os problemas da unidade foram selecionados com base na análise das fontes de dados disponíveis nas fichas de produção diária e mensal da equipe da Sapucaia 1 da UBS Sapucaia. Essas fichas especificam o número de atendimento, os principais diagnósticos de cada consulta, as estratégias realizadas como solicitação de exames, encaminhamentos para especialidades, a idade e a procedência dos pacientes, que possibilitaram a listagem dos problemas relacionados.

As prioridades foram feitas utilizando os critérios de importância dos problemas, urgência e capacidade de solução. O maior problema e a maior prioridade é a hipertensão arterial. Há alta prevalência de HAS por hábitos alimentares inadequados e estilos de vida não saudáveis.

A Equipe de saúde tem 3740 usuários cadastrados, 11,7 % são hipertensos, muitos são obesos ou estão com sobrepeso, sedentários, não fazem dieta e não

fazem controle de sua doença, trazendo complicações. A unidade busca uma solução para o problema.

6.2 Identificação dos problemas

1-Alta prevalência de doença crônica HAS..

2-Elevado número de pacientes com obesidade.

3-Elevado predomínio de hábitos tóxicos (drogadição e alcoolismo).

6.3 Priorização dos problemas

A alta prevalência de pacientes com HAS e com dieta não saudável, sedentários, e com obesidade e excesso de peso é o problema com maior prioridade para elaborar um Plano de Ação.

Depois de uma discussão na equipe e levando em conta:

- a importância, atribuindo valor “alto, médio ou baixo”,
- urgência, distribuindo pontos conforme apreciação,
- capacidade para enfrentar os problemas identificados, definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto(CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foi então estabelecida uma ordem de prioridade como **se** mostra no quadro 1.

Quadro 1- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe Sapucaias no ano 2013.

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de doenças crônicas	Alta	8	Parcial	1
Polifarmacia, uso de mais de cinco remédios por elevado número de pacientes	Alta	7	Parcial	2

uso indiscriminado de psicofármacos	Alta	6	Parcial	3
Abuso de álcool	Alta	5	Parcial	4

Fonte: autoria própria

Depois de um debate, a equipe considerou que o problema de Alta prevalência de doenças crônicas cardiovasculares é de prioridade 1.

Quadro 2. Priorização dos problemas na UBS Sapucaia 1

Principais problemas	Importância	U r g ê n c i a	Capacidades de enfrentamento	S e l e ç ã o
Alta prevalência de HAS	A l t a	10	D e n t r o	1
Elevado número com obesidade	A l t a	7	D e n t r o	2
Hábitos tóxicos dos jovens	A l t a	5	D e n t r o	3

6.4- Descrição do problema selecionado

A doença crônica que mais afeta a população da unidade de saúde em foco é a hipertensão arterial, na área de abrangência existem 439 hipertensos. Está é uma doença hereditária, além disso há fatores de risco da população que incrementa as incidências e complicação dela, tais como: idade acima de 45 anos, obesidade, sedentarismo, maus hábitos alimentares, consumo do álcool, tabagismo, baixo nível cultural, etc. Por estes motivos é importante orientar a população e promover alterações dos hábitos e estilos de vida, a fim de evitar o avanço desta doença bem como as complicações dela. Algumas ações envolvem, por exemplo:

- manter o peso normal em adulto (i.e. índice de massa corporal de 20–25 kg/m²);
- reduzir o consumo de sódio para <100 mmol/ dia (<6 g de cloreto de sódio ou <2,4 g de sódio por dia);
- praticar atividade física aeróbica de forma regular, como caminhar (≥30 min por dia, a maior parte dos dias da semana);
- limitar o consumo de álcool a 3 unidades por dia em homens e 2 unidades por dia em mulheres;
- manter uma dieta rica em fruta e vegetais (pelo menos cinco porções por dia).

As alterações dos hábitos e estilo de vida, quando feitas corretamente, podem baixar a pressão arterial para valores idênticos aos obtidos com medicação. A combinação de duas ou mais alterações pode produzir resultados ainda melhores.

Quadro 3- Descrição do problema principal

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos Esperados	1300	Estudos Epidemiológicos
Hipertensos cadastrados	439	SIAB
Hipertensos Confirmados	439	Registro da equipe
Hipertensos acompanhados pelo protocolo	439	Registro da equipe
Hipertensos controlados	439	Registro da equipe

Fonte: autoria própria

6.5 Identificação dos nós críticos.

Os hábitos alimentares inadequados é o que parece afetar grandemente os pacientes hipertensos da comunidade

6.6 Desenho das operações

Quadro 4-. Desenho das operações

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Modificar hábitos e	Diminuir para 80 % o nível de sedentismo , obesidade ,	Intervenção na reunião de equipe e com a comunidade, fazer palestras	Cognitivo: Conhecimento de técnicas de trabalho. Político: Vontade

	estilo de vida	maus hábitos dietéticos ,hábito de fumar	educativas com a comunidade para explicar sobre a importância de modificar os estilos de vida inadequados falando sobre a importância de acabar com os hábitos tóxicos,fazer exercícios físicos,levar uma dieta saudável.	de incrementar qualidade de vida da população. Organizacional: Gerenciar recursos para oferecer educação pela saúde em Doenças Crônicas. Financeiro: Financiamento de materiais para EPS
--	----------------	--	---	--

6.6 Identificação dos recursos críticos

Hábitos e estilos de vida inadequados	Cognitivo:. Vontade de incrementar conhecimento da população Político: Vontade de incrementar qualidade de vida da população. Organizacional: Gerenciar recursos para oferecer educação pela saúde em Doenças Crônicas. Financeiro: Financiamento de materiais para EPS
---------------------------------------	--

6.7 Análise de viabilidade do plano

Operação / Projeto.	Recursos críticos.	Controle dos recursos críticos. Ator que controla Motivação	Ação Estratégica.
Hábitos e estilos de vida inadequados	Cognitivo:. Vontade de incrementar conhecimento da população Político: Vontade de incrementar qualidade de vida da população. Organizacional: Gerenciar recursos para oferecer educação pela saúde em Doenças	Gerencia da UBS. Favorável Gerencia da UBS. Favorável Gerencia da UBS. Favorável	Apoio da Secretaria de Saúde.

	Crônicas. Financeiro: Financiamento de materiais para EPS	Gerencia da UBS. Favorável	
--	--	----------------------------------	--

6.8 Elaboração do plano operativo e Gestão de Plano

Operação / Projeto.	Ação Estratégica.	Resultados Esperados.	Responsável	Prazo.
Hábitos e estilos de vida inadequados	Apresentar projetos e estratégias de intervenção para melhorar os estilos de vida inadequados na comunidades por médio de palestras educativas, criação de grupos operativos de pacientes com patologias cardiovasculares, passar vídeos educativos sobre a importância da mudança dos estilos de vida.	Melhorado o nível de conhecimento sobre a doença na comunidade e a mudança dos estilos de vida para reduzir a aparição de estas doenças e suas complicações. Esta ação será feita em um prazo longo ate 2016.	Equipe de Saúde, Medico, Enfermeira e ACS.	Estratégia de intervenção em 8 meses. Avaliar resultados ao ano.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Organização Mundial de Saúde apontou a hipertensão, ou a pressão arterial elevada, como a principal causa de mortalidade cardiovascular. A Liga Mundial de Hipertensão, uma organização que congrega 85 ligas e institutos nacionais de hipertensão, divulgou que mais de 50% dos hipertensos no mundo não estão conscientes desse estado. De modo a aumentar a percepção pública do problema, a organização iniciou em 2005 uma campanha global de conscientização e decretou o dia 17 de Maio como Dia Mundial da Hipertensão. Nos últimos anos o número de sociedades aderentes tem aumentado, sendo que em 2007 participaram no evento 47 países-membros.

Durante a semana do Dia Mundial da Hipertensão todos os países – em associação com o governo local, profissionais de saúde, ONG e empresas privadas – promovem a conscientização para o problema da hipertensão, recorrendo aos meios de comunicação social e a eventos públicos, alcançando um público-alvo de 250 milhões de pessoas.

Depois de fazer este trabalho cheguei a conclusão que a hipertensão arterial é o problema fundamental que afeta a minha população de atendimento, e é prioridade já que que ela é um problema em todo o Município de Contagem também. Como profissional da saúde, junto com toda a equipe, será realizado um forte trabalho em nossa área para diminuir a incidência desta patologia crônica que tantas complicações trouxeram para as pessoas e nosso objetivo e reduzir o número de hipertensos e conseguir que a população aumente seu nível de conhecimento sobre as doenças cardiovasculares e seus fatores de risco e, desta forma, nossa comunidade será cada dia mais saudável. O plano de ação foi muito importante já que se apresentam projetos de estratégias de intervenção para melhorar os estilos de vida dos pacientes mediante palestras educativas, nas quais se ensina como modificar os estilos de vida inadequados. Com este plano de ação se explica tudo sobre como manter uma vida saudável explicando o que devem fazer para mudar esses hábitos inadequados, evitar sedentarismo, evitar hábitos tóxicos e alimentares inadequados, o que torna o plano muito importante de ser implementado.

REFERÊNCIAS

ALDERMAN, Michael H. Does blood pressure control require a Cuban-style revolution? **J. Hypertension**, USA, v. 24, n. 5, p. 811-812, may, 2006.

BONDS, D. E. et al. A multifaceted intervention to improve blood pressure control: The Guideline Adherence for Heart Health (GLAD) study. **American Heart Journal**, Saint Louis, v. 157, n. 2, p. 278-284, feb. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011: **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR_2011.pdf>. Acesso em: 30 out. 2012.

CAMPBELL, Norman R. C. et al. Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program. **J. Hypertension**, USA, v. 21, n. 8, p. 1591-1597, aug. 2003.

CHOBANIAN, A. V. (Org). The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Washington D.C.: National Institutes of health: 2004. 88 p.

DROUIN, Dennis M. D. Implementation of recommendations on hypertension: The Canadian Hypertension Education Program. **Canadian Journal of Cardiology**, Ontario, Canada, v. 22, n. 7, p. 595-599, may, 2006.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GRANDI, A. M. et al. Longitudinal study on hypertension control in primary care: the Insubria study. **American Journal Hypertension**, USA, v. 19, n. 2, p. 140-145, feb. 2006.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC. Porto Alegre: [s.n.], 2009. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/unidades/saudecomunitaria>>. Acesso em: 10 out. 2012. Versão 2.

LEENEN, Frans H. H. et al. Results of the Ontario Survey on the Prevalence and Control of Hypertension. **Canadian Medical Association Journal (CMAJ)**, Canada, v. 178, n. 2, p 1441-1449, may, 2008.

MARQUEZ CONTRERAS, E. et al. Are hypertensive patients managed in primary care well evaluated and controlled? **HICAPstudy Na Med Interna, USA**, v. 24, n. 7, p. 312-316, jul. 2007.

MCLISTER, F. A. The Canadian Hypertension Educativ Program: a unique Canadian initiative. [S.l.]: **Canadian Journal Cardiology**, 2006.

MOHAN, Sailesh; CAMPBELL, Norm R. C. Hypertension management in Canada: good news, but important challenges remain. **Canadian Medical Association Journal (CMAJ), Canada**, v. 178, n. 3, p. 1458-1459, may, 2008.

OGEGEBE, G. Barriers to optimal hypertension control. **Journal of Clinical Hypertension, Greenwich**, v. 10, n. 8, p. 644-646, aug. 2008.

OLIVERIA, Susan A. et al. Physician-related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. **Arch Intern Med, USA**, v. 162, n. 4, p. 413-420, feb. 2002.

ONYSKO, Jay et al. Large Increase in Hypertension Diagnosis and Treatment in Canada after a healthcare professional education program. **Hypertension, USA**, v. 48, n. 5, p. 853-860, set. 2006.

ORDUÑEZ-GARCIA, P. et al. Success in control of hypertension in a low-resource setting: the Cuban experience. **J. Hypertension, USA**, v. 24, n. 5, p. 845-849, may, 2006.

PICON, R. V. et al. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. **Am. J. Hypertens.**, [S.l.], v. 26, n. 4, p. 541-548, apr. 2013. Doi: 10.1093/ ajh/hps076. Epub 2013 Jan 29

PICON, R. V. et al. Trends in Prevalence of Hypertension in Brazil: A Systematic Review with MetaAnalysis. PLoS ONE, [S.l.], v. 7, n. 10, 2012. doi:10.1371/journal.pone.0048255.

QUINTANA

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet, London**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011.

SHARMA, A. M. et al. High prevalence and poor control of hypertension in primary care: crosssectional study. **J. Hypertension, USA**, v. 22, n. 3, p. 479-486, mar. 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.