

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Curso de Especialização em Saúde da Família**

**O PAPEL DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DIANTE DA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA**

**Luciana Freire Vilela**

**Belo Horizonte**

**2010**

**Luciana Freire Vilela**

**O PAPEL DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DIANTE DA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção de título de especialista.

Orientador Professor Doutor Horácio Faria

**Belo Horizonte**

**2010**

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e em todo o mundo. Dados estatísticos comprovam que ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares, bem como para as enfermidades cerebrovasculares e renais. A HAS não tratada clinicamente em tempo hábil possibilita a ocorrência de crises hipertensivas agudas que podem implicar casos de internações hospitalares, além de outras intervenções mais custosas financeiramente do que o tratamento terapêutico ordinário profilático, pela potencialidade em lesionar os órgãos-alvos. A partir de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), com a finalidade de reorganizar a prática assistencial a partir de um modelo voltado para a atenção básica (prevenção e promoção da saúde) se instituiu no Brasil como atendimento primário no sistema de saúde, em substituição ao modelo anterior orientado para a cura de doenças. E dentro de suas atribuições, inclui-se a prevenção e o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica Primária.

Dada a estruturação multiprofissional e metodologia de trabalho multifocada do PSF, o mesmo tem muito a contribuir para a reeducação do paciente hipertenso e de toda a população, através do incentivo e conscientização da importância da modificação de hábitos alimentares e comportamentais como a prática de atividade física, eliminação de causas etiológicas, e a adesão ao tratamento, além de poder atuar junto aos órgãos públicos e a sociedade civil para viabilizar a implementação de práticas e o acesso às condições que ainda são restritos apenas à pequena parcela da população brasileira. Além disso, a associação de uma área de atuação geográfica ou demograficamente delimitada à metodologia de trabalho do PSF reforça a possibilidade de um trabalho multifocado no combate à Hipertensão Arterial, já que possibilita a inclusão de dados demográficos relevantes na elaboração de estratégias de ação de combate à HAS, o que pode proporcionar resultados mais efetivos.

Palavras Chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Programa Saúde da Família. SUS. Atenção Primária.

## ABSTRACT

The systemic blood hypertension (HT) is a serious public problem in Brazil and around the world. Statistic data reveal it is a expressive risk factor on the developing cardiovascular diseases, as well as cerebrovascular and renal pathologies. Incontrolled HT can lead to acute crises causing hospitalization, and may determine high-custly interventions overcount of profilatic treatment wich may save organs. Since 1994, Programa de Saúde da família ( PSF ), in order to organize the social assistance based on a model turned itself to basic assistance (prevention and promotion of helth issues). PSF assume hereby the standart politic exchanging the older model turned to curative procedures. Alongside other atributes, PSF is responsible for blood pressure controlling.

Given the multimodal aprouch and metodologia of PSF, the same has got a lot to contirbute to patient learning and the surrounding population throught stabilishing knowledge in nutricional behaviour, sedentarism and treatment addesion. Moreover, PSF acts along with public organs and the civil society in stablishing practics restrict to a rewarded population. Furthermore, demographic or geographic boundaries associated to the PSF metodologia pump up diverse taskforce against HT whereby relevant demographic data is included in the management of politcs to HT, with more efective and rational results.

Key-Words: Sistemic blood pressure. Programa Saúde da Família. SUS. Basic Attention.

## SUMÁRIO

|              |  |           |
|--------------|--|-----------|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>5</b>  |
| <b>2</b>     | <b>OBJETIVOS</b> .....   | <b>8</b>  |
| <b>2.1</b>   | <b>Objetivo geral</b> .....  | <b>8</b>  |
| <b>2.2</b>   | <b>Objetivos específicos</b> .....   | <b>8</b>  |
| <b>3</b>     | <b>METODOLOGIA</b> .....   | <b>9</b>  |
| <b>4</b>     | <b>DESENVOLVIMENTO</b> .....   | <b>10</b> |
| <b>4.1</b>   | <b>Definição da doença Hipertensão Arterial Sistêmica</b> .....                | <b>10</b> |
| <b>4.2</b>   | <b>Importância do PSF no diagnóstico, profilaxia e prevenção da HAS...</b>     | <b>14</b> |
| <b>4.2.1</b> | <b><i>Obstáculos e Limites à atuação do PSF no tratamento da HAS</i></b> ..... | <b>24</b> |
| <b>5</b>     | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | <b>30</b> |
| <b>6</b>     | <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | <b>32</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e em todo o mundo. Dados estatísticos comprovam que ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares, bem como para as enfermidades cerebrovasculares e renais. Nesse sentido, o Caderno de Atenção Básica (2006) do Ministério da Saúde brasileiro indica a Hipertensão Arterial Sistêmica como a mais freqüente das doenças cardiovasculares e como fator de risco muito significativo para complicações como o Acidente Vascular Cerebral (AVC), o Infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Assim, segundo o Ministério da Saúde, a HAS é:

[...] responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabete, 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. (Caderno de Atenção Básica, 2006)

Em 2006, a estimativa era de que, no Brasil, havia cerca de 17 milhões de pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006). A estatística quanto aos casos de Hipertensão Arterial na população brasileira adulta era de índices compreendidos entre 15 a 20%, enquanto que entre a população idosa este percentual chegue a 65%. Além disso, já naquele ano, dados indicavam que seu aparecimento ocorria cada vez mais precocemente e estimava-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também eram portadoras de Hipertensão Sistêmica. (CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA, Fev/2006).

Contudo, os dados também indicavam que, no grupo dos hipertensos, 30% desconheciam ser portadores da doença (CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA, Fev/2006). Fato que torna o problema público ainda maior, pois inviabiliza, muitas vezes, um diagnóstico não tardio, o que acaba por aumentar o custo de tratamento para os cofres públicos. Afinal, a HAS não tratada clinicamente em tempo hábil, possibilita a ocorrência de crises hipertensivas agudas que podem implicar casos de internações hospitalares, além de outras intervenções mais custosas

financeiramente do que o tratamento terapêutico ordinário profilático (que é utilizado isoladamente nos casos de diagnóstico precoce ou naqueles em que não está caracterizada uma crise aguda hipertensiva), pela potencialidade em lesionar os órgãos-alvos (OLMOS, 2006, p. 207). E aqui, vale destacar que a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença que apresenta alto custo social, sendo responsável, também no ano de 2006, por aproximadamente 40% dos casos de aposentadoria anterior à idade legalmente prevista e de absenteísmo no trabalho (CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA, Fev/2006).

Passado alguns anos, não houve mudanças positivas nas estatísticas acerca da HAS na população brasileira. O Informe de Atenção Básica de nº 51 (2009) do Ministério da Saúde aponta que a porcentagem de hipertensão arterial autorreferida aumenta a cada ano: 21,6% em 2006; 22,9% em 2007; e 23,1% em 2008. E, no ano de 2009, os índices passaram a indicar que aproximadamente 30 milhões de pessoas se enquadravam na hipótese de portadores de HAS autorreferida. Ao lado deste dado, acrescenta-se ainda que o mesmo Informe de Atenção Básica apontou que o percentual de idosos com HAS autorreferida chegou a 51,6% na população com faixa etária entre 55 e 64 anos, e a 60,6% entre pessoas com mais de 65 anos.

Não obstante aos custos para os cofres públicos, a HAS, como aqui já indicado, é uma das principais, se não a principal causa de um grupo de doenças que levam à mortalidade (doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais). De tal forma, a identificação e o combate à hipertensão arterial é fundamental para a redução das suas complicações, tais como (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006):

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

Entretanto, o Caderno de Atenção Básica (2006) do Ministério da Saúde atesta que, em razão da Hipertensão Arterial Sistêmica ser na maior parte do seu curso assintomática, freqüentemente o diagnóstico não é feito e tratamento é

negligenciado. E a isso se acrescentam situações de não adesão ao tratamento pelo paciente.

É evidente o papel primordial dos profissionais de saúde da rede básica nas estratégias de controle da HAS, seja através da definição do diagnóstico clínico bem como da conduta terapêutica, como também por meio da adoção de medidas educativas voltadas não apenas para o paciente hipertenso, como também para o restante da população retratando uma política pública de saúde preventiva.

Sem dúvida, é imprescindível educar o paciente hipertensivo, motivando sua adesão continuada à profilaxia. Mas,

[...] a despeito da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial. Uma reforça a outra e são complementares. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006)

Portanto, uma associação entre a realização de diagnósticos em tempo hábil (evitando a ocorrência de crises de HAS agudas e a lesão em órgãos-alvos), e a educação do paciente para garantir o seguimento do tratamento prescrito, bem como a conscientização da população em geral como política preventiva são as estratégias necessárias para o combate social da Hipertensão Arterial Sistêmica.

E este trabalho é, sobretudo, dos órgãos e instituições responsáveis pela Atenção Básica, dentre os quais se destaca o Programa de Saúde da Família (PSF), por se tratar de espaço cujo trabalho, que é realizado por equipe multiprofissional, pressupõe vínculo com a comunidade previamente definida, o que permite um acompanhamento continuado e possibilita inclusive levantamento de dados quanto à diversidade racial, cultural, religiosa e econômica, que são fatores biológicos e sociais que interferem no aparecimento e desenvolvimento da HAS.

Estas equipes que atuam na Atenção Básica devem ainda promover o conhecimento da população quanto à eventual necessidade de modificação do estilo de vida, justamente visando a prevenção da hipertensão. Afinal, o hábito tem o condão de reduzir o risco de exposição à doença da hipertensão arterial e, conseqüentemente, de minorar a carga de doenças que são complicações trazidas por um quadro de HAS.



## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Demonstrar a importância do papel do Programa Saúde da Família no tratamento e na prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar e caracterizar a doença da Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Identificar causas relacionadas à Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Apontar a estrutura e funcionamento das Unidades de Saúde da Família
- Identificar estratégias e metodologias de atuação das equipes da Unidade Saúde da Família voltadas para o tratamento eficaz da Hipertensão Arterial Sistêmica, bem como para a sua prevenção.
- Identificar falhas e obstáculos atuais no sistema do PSF que dificultam o tratamento e a prevenção da HAS na população.

### 3 METODOLOGIA

Esta pesquisa foi realizada seguindo critérios padronizados de metodologia, classificados quanto aos meios e quanto aos fins.

Quanto aos fins esta foi uma pesquisa exploratória e também demonstrativa, pois além de reunir informações sobre o assunto, buscou, a partir dessas informações, demonstrar o papel primordial das equipes de Atenção Básica para o tratamento eficaz da Hipertensão Arterial Sistêmica, bem como para a implantação de políticas preventivas de saúde pública, para fins de redução do número de diagnósticos, como também para prevenir a mortalidade decorrente das complicações trazidas pela doença não tratada ou controlada.

Já no tocante aos meios utilizados, este estudo trata-se de pesquisa bibliográfica, definida como aquela que tem como fonte de informações estudos científicos publicados através de livros, artigos, revistas, periódicos, anais, dentre outros.

A busca por fontes de materiais se deu entre os meses de Janeiro a Maio de 2010 e foram utilizados livros, revistas, informes de órgãos governamentais, bem como periódicos publicados em meio eletrônico contendo assuntos relacionados à Hipertensão Arterial Sistêmica e à atuação da equipe de Atenção Básica no diagnóstico, profilaxia e na prevenção da doença Arterial Sistêmica.

Quanto à pesquisa em meio eletrônico, utilizou-se como principal fonte de busca o Portal da BVS – Biblioteca Virtual em Saúde, que remete aos bancos de dados SCIELO, LILACS e MEDLINE, além de outros. Para delimitar a pesquisa, foram utilizados os seguintes descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica; Hipertensão na Atenção Básica; e Importância do PSF na Hipertensão. O critério utilizado para a inclusão das fontes no trabalho foi a existência de um ou mais dos descritores citados no título, resumo ou desenvolvimento do trabalho.

A busca resultou em 23 artigos científicos dentre os quais após a leitura na íntegra, foram selecionados 15 artigos que respondiam ao objetivo do trabalho e questão estudada.

Para complementar o trabalho foram consultados sites governamentais contendo dados relacionados à Hipertensão Arterial Sistêmica.

## 4 DESENVOLVIMENTO

### 4.1 Definição da doença Hipertensão Arterial Sistêmica

Conforme já mencionado neste trabalho, a Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Neste sentido, o Caderno de Atenção Básica de nº 15 do ano de 2006, do Ministério da Saúde, já indicava que a HAS era 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.

O Caderno de Atenção Básica do MS (2006) também relatou que no Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, com prevalência de 35% na população de 40 anos ou mais. Além disso, detectou-se que este percentual é ascendente.

É rico em quantidade o espectro de doenças que podem levar à morbimortalidade devida à HAS, o que faz com que ela seja um problema de saúde pública em todo o mundo. Confirmam a tese Goldmann e Bennett (2001, p. 289):

A pressão arterial (PA) alta ou hipertensão arterial é um problema de saúde em todo o mundo industrializado por causa de sua alta prevalência (aproximadamente 25% dos adultos e mais de 60% das pessoas acima de 60 anos de idade nos Estados Unidos) e sua associação com maior risco de doença cardiovascular (CV)

Juliana Costa (COSTA, Juliana, 2006), faz análise semelhante quanto ao caso brasileiro e indica que também no Brasil a associação da HAS a perfis de morbimortalidade da população ocorreu em meio a transformações políticas, econômicas e sociais, efetivadas sobretudo na segunda metade do século XX, e devida a intensificação dos processos de industrialização e urbanização que geraram complexos processos de transição epidemiológica, demográfica e

nutricional que vêm ocorrendo simultaneamente num contexto marcado pela desigualdade social.

Mas, além disso, no que toca à incidência e prevalência da HAS, Goldmann e Bennett (2001, p. 290) indicam que além da doença ter seu risco de manifestação elevado em pacientes idosos, há também maior número de diagnóstico em negros do que em brancos, bem como maior número de casos em homens do que em mulheres até os cinqüenta anos de idade:

A prevalência da HÁ aumenta com a idade [...]. A HÁ é um problema de saúde extremamente comum na população geriátrica, acometendo aproximadamente 65% da população na faixa etária de 65 a 74 anos de idade. Os negros têm maior prevalência de hipertensão do que os brancos (38% *versus* 29%), e os homens uma prevalência geral mais alta de hipertensão do que as mulheres (33% *versus* 27%). A hipertensão é mais comum nos homens do que nas mulheres aproximadamente até os 50 anos de idade; depois dessa idade, a HÁ é mais comum nas mulheres. Os negros tendem a ter hipertensão mais grave do que os brancos. (GOLDMANN E BENNETT, 2001, P. 290)

A Organização Mundial da Saúde define a hipertensão arterial como doença caracterizada por uma elevação crônica da pressão arterial sistólica e/ou diastólica acima de um valor considerado como normal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978 *apud* COSTA, Juliana, 2006).

Atualmente, o Brasil segue a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). Estas Diretrizes propõe uma classificação diagnóstica que considera os níveis da pressão arterial (PA) sistólica e diastólica. O indivíduo é categorizado como normotenso (PA menor que 130 x 85 mmHg), normal limítrofe (PA entre 130 – 139 x 85 – 89 mmHg) ou hipertenso (PA igual ou maior que 140 x 90 mmHg ou o aumento isolado da PA sistólica com valores igual ou maior a 140 mmHg) (COSTA, 2006):

| <b>Pressão arterial sistólica (PAS)</b> | <b>Pressão arterial diastólica (PAD)</b> | <b>Classificação*</b>           |
|---|--|---------------------------------|
| <130                                    | < 85                                     | Normal                          |
| 130 – 139                               | 85 – 89                                  | Normal limítrofe                |
| 140 – 159                               | 90 – 99                                  | Hipertensão leve (grau 1)       |
| 160 – 179                               | 100 – 109                                | Hipertensão moderada (grau 2)   |
| > ou = 180                              | > ou = 110                               | Hipertensão grave (grau 3)      |
| > ou = 140                              | < 90                                     | Hipertensão sistólica (isolada) |

Quadro 1 Classificação diagnóstica da hipertensão arterial

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006.

\*O valor mais alto sistólico ou diastólico estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando a pressão sistólica e diastólica situa-se em categorias diferentes, o maior deve ser utilizado para classificar o estágio.

Também é preconizado que a aferição da pressão arterial sistêmica seja realizada em dois momentos diversos, para confirmação de seus dados. Sem este procedimento, não se pode fechar o diagnósticos de HAS.

Além da classificação diagnóstica, Juliana Costa (COSTA, Juliana, 2006) indica que a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão arterial também recomenda a estratificação do risco cardiovascular, que é feito a partir da avaliação da presença de fatores de risco cardiovasculares e doenças associadas juntamente com o nível da pressão arterial, e que também determina o significado clínico do nível da pressão arterial:

O risco cardiovascular poderá variar de baixo a muito alto e irá orientar o tratamento e a prevenção de doenças e complicações cardiovasculares. Dessa forma, o significado clínico de um determinado nível de pressão arterial não pode ser interpretado isoladamente, mas em conjunto com outros fatores que afetam o risco cardiovascular do indivíduo como o tabagismo, a dislipidemia, o sedentarismo, a obesidade e o diabetes mellitus (YUSUF *et al.*, 2004 *apud* COSTA, Juliana, 2006).

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. 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

Também a etiologia é outra forma de classificação da Hipertensão Arterial e a partir dela a hipertensão é dividida em primária ou essencial e secundária. A hipertensão primária ou essencial é aquela para a qual não existe causa orgânica conhecida e a estimativa é de que este tipo de hipertensão seja preponderante no Brasil, com o percentual de responsabilidade de 95% dos casos diagnosticados. Já a Hipertensão Arterial secundária engloba os demais casos que são diagnosticados identificando como causa da doença a administração de drogas, gravidez ou complicações de doenças prévias (LÓLIO, 1990 *apud* COSTA, Juliana, 2006).

O Caderno de Saúde Pública de 2006, do Rio de Janeiro, aponta que essa pequena proporção dos casos de hipertensão arterial secundária é devida a causas muito bem estabelecidas e que precisam ser corretamente diagnosticadas, pois que, com a remoção do agente etiológico, é possível controlar ou curar a HAS. Instrui ainda que, 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 ao especialista correspondente (CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA, RIO DE JANEIRO, 2006).

Juliana Costa (COSTA, Juliana, 2006) afirma que a prevenção, o diagnóstico precoce, bem como um acompanhamento sistemático e o tratamento de acordo com as necessidades dos indivíduos se apresentam como estratégias fundamentais para o controle da hipertensão arterial, mas destaca:

Para que estas medidas sejam realizadas com êxito torna-se necessário a superação de alguns entraves como: o desconhecimento da real magnitude da hipertensão no Brasil (LESSA, 1998), o modelo assistencial hegemônico que não contempla a totalidade da situação de saúde da população (PAIM, 1999), bem como a insipiência da avaliação dos serviços de saúde como prática fundamental para melhoria da qualidade dos serviços oferecidos (FIGUEIRÓ et al., 2004).

Além disso, como aqui já afirmado, modificações de estilo de vida dos indivíduos são de fundamental importância no processo terapêutico e para a prevenção da hipertensão. Assim, não obstante a importância da abordagem

particularizada, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para a obtenção de resultados mais consistentes e duradouros no que tange à redução dos casos de HAS.

E neste caso, é primordial o papel das políticas públicas na adoção de estratégias capazes de promover modificações nos hábitos e estilos de vida, de modo a conduzir à redução do risco de exposição à HAS e, conseqüentemente, aptas a reduzir o número de doenças associadas à Hipertensão Arterial (CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA, RIO DE JANEIRO, 2006).

Como aqui já mencionado também, entende-se que este desafio é, principalmente, da Atenção Básica, notadamente do Programa Saúde da Família. Isto é, a implementação de uma política de saúde pública voltada estrategicamente para a abordagem coletiva visando à redução da exposição à Hipertensão Arterial Sistêmica e que permita, ao mesmo tempo, uma abordagem individualizada em atenção às condições e hábitos particulares do paciente, perpassa necessariamente por metodologia que conta com a atuação do PSF, dada à sua composição e às suas características estruturais, uma vez que conta com corpo multiprofissional, o que melhor se esclarece e sustenta a seguir.

#### **4.2 Importância do PSF no diagnóstico, profilaxia e prevenção da HAS**

As doenças cardiovasculares têm relevância crescente no perfil epidemiológico da população brasileira (COSTA, Juliana, 2006). Este dado tem exigido da Administração Pública sua mobilização voltada para diminuir a morbimortalidade por agravamento de mencionadas doenças. Nesse sentido, uma das medidas adotadas tem sido o controle da hipertensão arterial, tomado como uma das estratégias prioritárias. Assim, o Ministério da Saúde tem editado ações normatizadas a serem realizadas no âmbito do Programa Saúde da Família (COSTA, Juliana, 2006).

Segundo o Caderno de Saúde Pública do estado do Rio de Janeiro (2006), foi a partir de uma crise vivida no setor da saúde pública que o Ministério da Saúde implantou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), com a finalidade de

reorganizar a prática assistencial a partir de um modelo voltado para a atenção básica (prevenção e promoção da saúde) como atendimento primário no sistema de saúde, em substituição ao modelo anterior orientado para a cura de doenças. Desse modo, o PSF é instituído para “promover a saúde através de ações básicas” (RIO DE JANEIRO, 2006).

Neste mesmo sentido, o Ministério da Saúde afirma que:

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Isto é, com o estabelecimento do PSF há um deslocamento do modelo de sistema público de saúde até então colocado para o tratamento de enfermidades. Este antigo modelo é, então, reposicionado, se orientado agora para a promoção da saúde de maneira mais abrangente, isto é, não restringindo sua atuação à cura de doenças, mas incluindo outras práticas relacionadas à prevenção de doenças, como a conscientização da população de modo a gerar reeducação de hábitos expositores da saúde, bem como quanto à necessidade de correta adesão ao tratamento de doença diagnosticadas.

Para que este novo paradigma de atuação da saúde assistencial possa ser implementado efetivamente, o PSF é estruturado por uma equipe multiprofissional, como aqui já indicado, e conta minimamente com os seguintes componentes: um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde.

Tal composição advém da determinação contida na **portaria nº 648, de 28 de março de 2006**, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece as normas para sua organização incluindo o *Programa Saúde da Família* (PSF). Mencionada norma regulamentadora afirma ainda que:

a equipe multiprofissional deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)



O Ministério da Saúde (2006) ainda dispõe sobre a competência dos profissionais integrantes do PSF:

**1) Agente Comunitário de Saúde (ACS)** mora na comunidade e está vinculado à USF (Unidade de Saúde da Família) que atende a comunidade. O ACS funciona como elo entre a USF e a comunidade. Ele está em contato permanente com os moradores, realizando um trabalho de vigilância e promoção da saúde, não apenas através da fiscalização, mas também por representar um elo cultural. Assim, os ACS realizam trabalhos educativos capazes de unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular. O seu trabalho é feito nos domicílios de sua área de abrangência. As atribuições específicas do ACS são as seguintes:

- Realizar mapeamento de sua área;
- Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;
- Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
- Identificar área de risco;
- Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário;
- Realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básicas;
- Realizar, por meio da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
- Estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco;
- Desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
- Promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras;
- Traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites;

- Identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possa ser potencializados pela equipe.

## **2) Auxiliar de Enfermagem**

- Realizar procedimento de enfermagem dentro das suas competências técnicas e legais;
- Realizar procedimentos de enfermagem nos diferentes ambientes, UFS e nos domicílios, dentro do planejamento de ações traçado pela equipe;
- Preparar o usuário para consultas médicas e de enfermagem, exames e tratamentos na USF;
- Zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamento e de dependências da USF, garantindo o controle de infecção;
- Realizar busca ativa de casos, como tuberculose, hanseníase e demais doenças de cunho epidemiológico;
- No nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- Realizar ações de educação em saúde aos grupos de patologias específicas e às famílias de risco, conforme planejamento da USF.

## **3) Enfermeiro**

- Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada;
- Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as Disposições legais da profissão;
- Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF;
- Executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto, e idoso;
- No nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- Realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio;

- Realizar as atividades corretamente às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 2001;

- Aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva;

- Organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc;

- Supervisionar e coordenar ações para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

#### **4) Médico**

- Realizar consultas clínicas aos usuários da sua área adstrita;

- Executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;

- Realizar consultas e procedimentos na USF e, quando necessário, no domicílio;

- Realizar as atividades clínicas correspondentes às áreas prioritárias na intervenção na atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 2001;

- Aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva;

- Fomentar a criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc;

- Realizar o pronto atendimento médico nas urgências e emergências;

- Encaminhar aos serviços de maior complexidade, quando necessário, garantindo a continuidade do tratamento na USF, por meio de um sistema de acompanhamento e referência e contra-referência;

- Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;

- Indicar internação hospitalar;

- Solicitar exames complementares;

- Verificar e atestar óbito.

Com base nas competências atribuídas a cada um dos profissionais que integram a Equipe mínima da USF, se ratifica o que outrora foi afirmado, no sentido

de que a atuação do Programa Saúde da Família tem seu eixo de atuação voltado não apenas para a cura de enfermidades, mas colocado de forma a promover a saúde de maneira abrangente, ou seja, incluindo medidas outras que não apenas o tratamento pós-diagnóstico, mas também voltadas para a prevenção de doenças, seja através da conscientização e reeducação dos membros da comunidade de sua área de atuação, ou através do acompanhamento individualizado dos pacientes.

Neste sentido, destacam-se dentre das condutas acima descritas e instituídas como padrão de atuação dos profissionais da USF pelo Ministério da Saúde (2006), ações que tem por finalidade a identificação de situações de risco ou de exposição da saúde, bem como a atuação vigilante e educativa, a serem exercidas pelos Agentes Comunitários da Saúde. Ações claramente voltadas para a promoção da saúde através de medidas preventivas. Da mesma forma, do Auxiliar de Enfermagem é cobrada uma atuação que promova a educação de grupos de patologias específicas; ao passo que o enfermeiro e o médico devem contribuir para a criação de grupos de patologias específicas e alinhar a atuação clínica com a saúde coletiva, justamente proporcionando reeducação dos pacientes notadamente quanto aos hábitos e comportamentos de risco para suas doenças, e fiscalizar/garantir a adesão ao tratamento.

No que toca especialmente ao tratamento de doenças cardiovasculares, o Ministério da Saúde determina que a atuação da equipe do PSF deve se dar de maneira integrada “e com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, medidas preventivas primárias e atendimento a hipertensão arterial e diabetes melitus.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Regulamenta ainda, mencionado órgão ministerial, os padrões de atuação dos profissionais da USF quanto ao tratamento e prevenção das cardiopatias:

Assim, o Agente Comunitário de Saúde deve (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006):

- 1) Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção.
- 2) Rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos, uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa.
- 3) Encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão.

4) Verificar o comparecimento dos pacientes hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde.

5) Verificar a presença de sintomas de doença cardiovascular, cerebrovascular ou outras complicações de hipertensão arterial, e encaminhar para consulta extra.

6) Perguntar, sempre, ao paciente hipertenso se o mesmo está tomando, com regularidade, os medicamentos e se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas.

7) Registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de hipertensão e risco cardiovascular global estimado de cada membro da família.

Já ao Auxiliar de Enfermagem compete (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006):

1) Verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde.

2) Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira.

3) Orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados à hipertensão arterial e diabetes.

4) Agendar consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados.

5) Proceder as anotações devidas em ficha clínica.

6) Cuidar dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção, quando necessária.

7) Encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência.

8) Controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da unidade, no caso de impossibilidade do farmacêutico.

9) Fornecer medicamentos para o paciente em tratamento, quando da impossibilidade do farmacêutico.

Ainda no que tange à prevenção e tratamento da hipertensão, ao Enfermeiro, são atribuídas as seguintes funções (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006):

1) Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades.

2) Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário.

3) Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos.

4) Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos).

5) Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe.

6) Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências.

7) Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbidades.

8) Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades.

9) Encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem co-morbidades.

E, por fim, ao Médico cabe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006):

1) Realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e comorbidades, visando à estratificação do portador de hipertensão.

2) Solicitar exames complementares, quando necessário.

3) Prescrever tratamento não-medicamentoso.

4) Tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso.

5) Programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente.

6) Encaminhar às unidades de referência secundária e terciária as pessoas que apresentam hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes em órgãos-alvo, com suspeita de causas secundárias e aqueles que se encontram em estado de urgência e emergência hipertensiva.

7) Perseguir, obstinadamente, os objetivos e metas do tratamento (níveis pressóricos, glicemia pós-prandial, glicohemoglobina, controle dos lipídeos e do peso).

Com base nas instruções de ação padrão das USF, novamente se visualiza uma atuação que combina o tratamento individualizado do paciente, voltado para lhe dar acesso à melhor profilaxia para seu caso particular, bem como para assegurar sua adesão ao tratamento, com a adoção de medidas educativas aptas a conscientizar e modificar hábitos e comportamentos não só do paciente hipertenso, como também do restante da população.

Não é demais apontar mais uma vez que a equipe da USF é composta **minimamente** por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários. Contudo, outros profissionais podem integrar a equipe e auxiliar na promoção de resultados ainda melhores no que tange o combate da HAS.

Nesse sentido, por exemplo, nutricionistas podem auxiliar no que toca à reeducação dietética, pois se ao médico cabe orientar quanto aos alimentos que podem interferir na elevação da pressão arterial sistêmica, o dietista pode também contribuir para promoção da saúde através da orientação para consumo alternativo e positivo de alimentos que não são de conhecimento comum.

Assistentes sociais podem solucionar problemas trazidos pelas desigualdades econômicas, atuando junto às autoridades públicas e à sociedade civil, proporcionando a comunidade atendida pela USF acesso a uma série de condições que não lhe são típicas ou comuns, como espaço para prática de atividades físicas e acesso a uma alimentação melhor e menos custosa.

Já os psicólogos ou terapeutas ocupacionais podem realizar acompanhamento individualizado ou em grupo, garantindo maior adesão ao tratamento por parte dos pacientes e também angariando apoio de suas famílias. Podem também desempenhar importante papel junto à população jovem ou aos demais habitantes também propensos a comportamentos relacionados ao uso de tóxicos, álcool e tabaco.

Professores de educação física são aptos para promover a reeducação quanto à prática de atividades físicas, inclusive para desenvolvimento de programas voltados para todas às faixas etárias, visando o abandono de toda a comunidade ao comportamento sedentário.

Todos estes profissionais indicados têm condições de contribuir para a conscientização da população em geral quanto aos males trazidos pela Hipertensão Arterial Sistêmica e quanto aos meios eficazes de prevenção da doença. A ação interdisciplinar produzida por agentes de diferentes perfis profissionais pode trazer resultados melhores justamente devida à atuação multifatorial, isto é, capaz de captar e atuar sobre questões diversas, seja de ordem física, orgânica, comportamental e ou social.

Assim, dada à estruturação do Programa Saúde da Família, e mais especialmente das Unidades de Saúde da Família, é que se entende e se sustenta neste trabalho que o PSF tem relevância destacada dentro do sistema de saúde pública no que concerne ao tratamento e prevenção da HAS. Isto é, a sua composição multiprofissional associada ao uma área de atuação geográfica ou demograficamente delimitada, permite uma atuação multifocada no combate à Hipertensão Arterial, o que é capaz de trazer resultados mais efetivos.

Em outros termos, dada às seguintes características das USF, é que se afirma a sua adequação ao papel de principal elemento da saúde pública no tratamento e prevenção da HAS:

- I) possuir uma equipe multiprofissional, o que permite também uma atuação multifatorial, que age em dada
- II) delimitação territorial/demográfica, o que possibilita estabelecer um vínculo com a comunidade adstrita, e que, por conseguinte, acaba por propiciar também a
- III) possibilidade de trabalhar com dados relevantes no que toca à manifestação da HAS, como elementos demográficos relacionados à prevalência de gênero, idade, diversidade racial, e outros elementos que refletem no estilo de vida do indivíduo, como o comportamento cultural que pode interferir em questões como hábitos alimentares e sedentarismo, e no qual se compreende também a religiosidade – fator também determinante do modelo comportamental;



**IV)** bem como permite identificar fatores socioeconômicos pertinentes aos espaços territoriais/ demográficos delimitados para sua atuação e que sugerem maior suscetibilidade à doenças específicas como a HAS ;

Portanto, todos estes aspectos fazem do Programa Saúde da Família espaço prioritário e privilegiado para acompanhar a saúde de uma coletividade, e assim, *locus* essencial no combate e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA, RIO DE JANEIRO, 2006).

Por isto mesmo e dito em outros termos, os profissionais do Programa Saúde da Família têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços para educar o paciente hipertenso, visando sua adesão ao tratamento. (CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA, RIO DE JANEIRO, 2006). Além disso, é essencial que o PSF adote campanhas para conscientizar a população em geral e não apenas os pacientes hipertensos, sobretudo com relação aos hábitos e estilo de vida, notadamente no que toca à alimentação, prática de atividades física e eliminação de agentes causadores da HAS, como uso de tóxicos ilícitos, comportamento tabagista e alcoolismo.

#### ***4.2.1 Obstáculos e Limites à atuação do PSF no tratamento da HAS***

Não obstante ao fato de que a estruturação do PSF faz das Unidades de Saúde da Família lugar privilegiado para o tratamento e prevenção da HAS no âmbito de comunidades delimitadas, existem fatores que obstaculizam o êxito quanto aos resultados buscados pelas equipes de Atenção básica. Neste sentido, o Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro (2006) destaca que a dificuldade de acesso aos medicamentos necessários ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica é um dos fatores que, segundo pesquisa realizada através de consulta aos usuários do SUS, inviabilizam o controle da doença por parte dos pacientes por ela acometidos. Também se associa à questão da medicação a resistência do

paciente devido aos efeitos colaterais trazidos, aliada ao pouco conhecimento dos males trazidos pelo não uso regular do medicamento:

Em relação ao acesso a medicamentos prescritos aos 64 entrevistados, em 54,7%, os dados registrados em prontuário não coincidiram com o medicamento em uso referido pelo paciente, e 46 (63,9%) pacientes referiram ter gastos mensais com medicamentos. Tais dados sugerem dificuldade de adesão ao tratamento prescrito e estímulo à automedicação, o que pode aumentar as taxas de mortalidade e morbidade, bem como a necessidade de internação hospitalar. Mion Jr. & Pierin encontraram que as principais causas para a baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo são relacionadas ao medicamento (custo, tomar várias vezes ao dia, efeitos colaterais), ao desconhecimento da gravidade da doença e a conhecimentos e crenças de saúde (uso do medicamento apenas quando aumenta a pressão arterial, falta de cuidado com a saúde, esquecimento, desconhecimento da gravidade da doença).

Dos indivíduos atendidos pelo PSF, 65,6% consideraram que houve resolatividade de seu problema pela ESF, e 68,8% afirmaram estar satisfeitos com a atenção recebida na USF, porém, destes, 15,8% referiram como problema a falta de medicamentos. Entre os 31,2% de entrevistados insatisfeitos, os motivos são: falta de medicamentos, o mau atendimento, e em uma USF que estava passando por processo de mudança de local, a distância da nova unidade foi citada. (RIO DE JANEIRO, 2006)

No mesmo sentido, pesquisa realizada no município de Juiz de Fora, o problema de dificuldade de acesso à medicação também foi identificado como um dos fatores que impedem a obtenção de melhores resultados por parte das USF, no que tange ao tratamento da HAS:

O acompanhamento domiciliar do agente comunitário de saúde (ACS) atinge aproximadamente 70 por cento dos hipertensos. Quanto ao acesso à medicação, a maior dificuldade encontrada é a falta de alimentação permanente do Sistema de Informação dos Hipertensos e Diabéticos (SISHIPERDIA), que vincula o envio da medicação anti-hipertensiva ao número de hipertensos cadastrados. A cobertura de medicamentos para essa clientela não é satisfatória, nem mesmo para os cadastrados no SISHIPERDIA. Outro dado relevante é que o MS não tem regularidade no envio dessas medicações. (COSTA, 2006)

Outro problema encontrado na atuação do PSF se refere à qualidade no atendimento oferecido à população. A localização muitas vezes distante da USF em relação à moradia de alguns pacientes e consultas que não seguem o protocolo correto para a realização da anamnese são algumas das queixas apresentadas quanto ao atendimento oferecido pelo SUS:

O índice de satisfação dos usuários mostrou-se positivo, apesar das referidas queixas de falta de medicamento. Ao aferir se os procedimentos básicos de consulta, recomendados pelos consensos brasileiros de

hipertensão arterial e diabetes mellitus, eram executados, percebeu-se que a questão da qualidade da assistência à saúde merece maior atenção. Apenas 7 (10,9%) dos 64 usuários do PSF souberam reconhecer ou reconheceram que os procedimentos recomendados para um bom exame físico foram adotados em, pelo menos, uma consulta, e 16 (25%) deles tiveram sua anamnese incompleta. Estudo espanhol mostrou que a melhora da qualidade da assistência reduziu a proporção de pacientes com risco cardiovascular na comunidade estudada<sup>28</sup>. De fato, a melhoria da qualidade da assistência é uma preocupação na saúde pública mundial, posto que traz conseqüências importantes para o sucesso do tratamento e para a redução de danos. (COSTA, Juliana, 2006).

Assim, é fundamental adequar as instalações das USF para o atendimento coletivo e conscientização da população adstrita quanto às formas de tratamento e prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica, tanto através da instalação de pontos de atendimento próximos aos moradores, bem como da melhoria dos espaços e do pessoal envolvido no tratamento da HAS. Tudo isto sem desconsiderar a necessidade de melhoria nas consultas e atendimento individualizados. Também são neste sentido as conclusões obtidas por Juliana Costa (COSTA, Juliana, 2006), em pesquisa realizada em Recife-PE:

Os principais achados apontam para uma significativa fragilidade na atenção ao hipertenso. A ausência de uma coordenação geral do programa e a insipiência das coordenações dos DS (Distritos Sanitários) foi uma das principais razões do baixo desempenho encontrado. O grau de implantação da atenção à hipertensão arterial foi insatisfatório em todos os Distritos Sanitários. As principais dificuldades encontradas na dimensão da estrutura foram: infra-estrutura das Unidades de Saúde da Família inadequadas, deficiência de insumos e uma baixa qualificação dos profissionais na atenção ao hipertenso. Na dimensão do processo de trabalho as principais fragilidades foram quanto à realização de atividades preventivas coletivas, o agendamento das consultas de acordo com o risco ou necessidade do hipertenso e no uso da informação para o planejamento de ações.

Outro fator determinante para o sucesso do trabalho do PSF no combate à HAS é a educação do paciente quanto à doença, tornando-o apto a conscientizar-se sobre a importância da adesão ao tratamento. A não aceitação da doença ou a pouca compreensão da mesma minimizam drasticamente, se não chegam a eliminar por completo, as possibilidades de êxito do tratamento e da profilaxia quanto às complicações trazidas pela Hipertensão Arterial (COSTA, Juliana, 2006). Entretanto, esse processo de adesão ao tratamento implica diretamente a USF, que devido ao conhecimento técnico e científico de seu pessoal, tem condições de conscientizar o paciente hipertenso que, muitas vezes, ignora as conseqüências de uma pressão

arterial alta ou as maneiras de como tratá-la. Mas em pesquisa realizada por Juliana Costa (2006), o que se constatou foi uma atuação insuficiente por parte das equipes da Atenção Básica:

Apesar de o PSF valorizar a assistência integral ao paciente por meio das consultas médicas e de enfermagem e do trabalho em grupos, com estímulo ao autocuidado, 34 (53,1%) usuários do PSF referiram nunca ter participado de aulas, grupos ou palestras relacionados à sua patologia. Sobre as orientações que os entrevistados afirmaram ter recebido, a mais freqüente foi relacionada à dieta e, em seguida, relacionada à prática de atividade física.

O uso isolado de medicação anti-hipertensiva não é suficiente para evitar crises e suas seqüelas. É preciso combater causas associadas à pressão arterial alta como o sedentarismo, a obesidade, os hábitos alimentares e comportamentos como tabagismo, alcoolismo e drogadição.

O objetivo deste estudo foi identificar o comportamento adotado por hipertensos em relação às medidas de controle. Os sujeitos da pesquisa foram 18 hipertensos da área de abrangência de uma unidade de PSF no município de São Gabriel do Oeste, Mato Grosso do Sul, aos quais foi aplicado um formulário contendo questões abertas e fechadas. [...] Apesar de 93,3% dos entrevistados controlarem sua pressão arterial com o uso de medicação anti-hipertensiva, tal recurso não é suficiente para controlar o distúrbio por completo, já que fatores como obesidade e sedentarismo podem agravar crises hipertensivas, infartos ou acidentes vasculares. (SALES; TAMAKI, 2007)

Entre os fatores que compõe um comportamento consciente em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica, inclui-se a adesão à dieta alimentar que é essencial para o controle da pressão arterial. Uma alimentação que inclui o consumo de frutas, vegetais e que minimiza o consumo de gordura é indicada para evitar ou tratar a obesidade, considerada fator de exposição à Hipertensão Arterial. Além disso, a eliminação de elementos como o sódio, o potássio e o magnésio é fator que contribui para o controle da pressão arterial:

Apesar de consolidada a relação entre hipertensão arterial e os fatores nutricionais, ainda não são bem esclarecidos os mecanismos de atuação destes sobre a elevação da pressão arterial. São conhecidos, no entanto, os efeitos de uma dieta saudável (rica em frutas e vegetais e pobre em gordura) sobre o comportamento dos níveis pressóricos. Dentre os fatores nutricionais estudados e que se associam à alta prevalência de hipertensão arterial estão o elevado consumo de álcool e sódio e excesso de peso. Recentemente vêm sendo, também, associados o consumo de potássio,

cálcio e magnésio, os quais atenuariam o progressivo aumento dos níveis pressóricos com a idade. (MOLINAL *et al*, 2003)

Contudo, a reeducação alimentar da população talvez seja um dos maiores desafios para o sistema de saúde pública. Especialmente no caso brasileiro, não apenas o hábito alimentar culturalmente instituído que inclui consumo de alimentos salgados e gordurosos, mas também a baixa renda da população dificulta o acesso a uma alimentação mais saudável.

Diante disso, a atuação dos profissionais do PSF no sentido de promover reeducação alimentar, por si só, não é suficiente para solucionar o problema da não adesão à dieta adequada ao tratamento e à prevenção da hipertensão. É essencial que políticas públicas sociais ineficazes sejam efetivamente implementadas pelos Órgãos Executivos da Administração Pública. Da mesma forma, não se pode dispensar a atuação do legislador quanto à elaboração de normas que mais que assegurem o direito ao salário mínimo, mas que assegurem o acesso efetivo a uma alimentação que atenda às exigências ou às demandas da saúde do ser humano.

Mas enquanto a alimentação saudável segue como consumo de luxo restrito apenas a uma pequena parcela da população, o PSF tem a difícil missão de tratar como caso de doença aquilo que, muitas das vezes, é caso de efetividade dos direitos sociais – o que não pode ser solucionado apenas com reeducação comportamental. Conseqüência disto pode ser identificada no fato de que, com base em estudo, o Caderno de Saúde Pública (2006) do Rio de Janeiro detectou que entre 64 usuários do PSF, apenas 21 (32,8%) mostraram ter uma dieta adequada para casos de hipertensão. Índice muito baixo que se converte em desafio para a equipe da Atenção Básica.

Também se revela como um problema para a obtenção de melhores resultados do combate da Hipertensão Arterial Sistêmica, o excesso de população sob a responsabilidade de uma única Equipe de Saúde da Família. As Unidades de Saúde da Família são compostas por Equipes ou por uma única Equipe profissional. Essa Equipe, como dita anteriormente, é composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde. O Ministério da Saúde determina, através da portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que à cada Equipe compete a responsabilidade para tratar e promover a saúde de um número de habitantes compreendido entre 3.000 a 4.000. Contudo, este número não é respeitado na prática e diversas Equipes

acabam se responsabilizando por um número bem superior ao preconizado (COSTA, Juliana, 2006).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como aqui indicado, a Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. O Caderno de Atenção Básica de nº 15 do ano de 2006, do Ministério da Saúde, já indicava que a HAS era responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabete, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Outro fator evidente de que a Hipertensão Arterial Sistêmica representa alto custo social consiste em que, no ano de 2006, a doença foi responsável por aproximadamente 40% dos casos de aposentadoria anterior à idade legalmente prevista e de absenteísmo no trabalho (CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA, Fev/2006). Todos estes dados comprovam que a HAS é mais do que um problema de saúde grave, mas por ser um problema social se converte em problema para as políticas de saúde pública.

Com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, o sistema de saúde pública nacional foi reorganizado de modo a abandonar a antiga prática assistencial, isto é, a metodologia de atendimento voltado exclusivamente para a cura de doenças, e adotou um modelo direcionado para a prevenção e promoção da saúde. Desde então, a equipe de saúde de Atenção Primária inclui em sua atuação, além da cura de enfermidades, outras práticas relacionadas à prevenção de doenças, como trabalhos em grupo voltado para controle de doenças, fiscalização da adesão ao tratamento, e conscientização do paciente. Da mesma forma, a equipe de saúde pública passa a ter um papel fundamental não apenas para o paciente enfermo, mas também diante de toda população adstrita, conscientizando os moradores e estimulando a aquisição de hábitos e comportamentos saudáveis.

Para que este novo paradigma de atuação da saúde assistencial seja efetivo, o trabalho PSF é realizado por uma equipe multiprofissional que conta minimamente com um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde. Entretanto, outros profissionais podem e devem integrar a equipe e auxiliar na promoção de resultados ainda melhores no que tange o combate da

HAS. Nutricionistas, Assistentes Sociais, Psicólogos e ou Terapeutas Ocupacionais, e ainda Professores de Educação Física, como a medicamentos, o consumo de alimentos de boa qualidade nutricional, o ingresso em espaços com instalações para a prática de atividades físicas, exemplificativamente.

Mas além da atuação multiprofissional, a delimitação territorial/demográfica característica da metodologia de atuação do PSF também contribui para o combate à HAS, uma vez que ao trabalhar com uma população adstrita, se torna possível traçar fatores demográficos relacionados à exposição a uma pressão arterial elevada, como idade, gênero, raça, condição socioeconômica e hábitos culturais.

Não obstante ao fato de que a estruturação característica do PSF faz das Unidades de Saúde da Família lugar privilegiado para o tratamento e prevenção da HAS, existem fatores que obstaculizam o êxito quanto aos resultados buscados pelas equipes de Atenção básica. A dificuldade de acesso aos medicamentos necessários ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, a qualidade no atendimento e das instalações oferecidos à população, a conscientização sobre a doença e a importância de adesão ao tratamento, bem como adesão à dieta adequada, são os principais empecilhos para que o SUS possa alcançar índices melhores no que tange à população Hipertensa. Mas outro ponto que também dificulta a obtenção de melhores resultados por parte do PSF no combate à HAS refere-se ao excesso de habitantes sob a responsabilidade de uma única Unidade de Saúde da Família. É preciso que o número preconizado (de 3.000 a 4.000 mil habitantes por Equipe integrante das USF) pelo Ministério da Saúde seja de fato observado pelos municípios.

Certamente que a solução destes problemas que minimizam os resultados alcançados no Brasil referente ao combate da Hipertensão Arterial Sistêmica, perpassa necessariamente por uma maior atenção por parte da Administração Pública, que deve adotar medidas aptas a garantir a efetividade das políticas públicas de saúde, bem como a ampliação da abrangência das mesmas, como, por exemplo, a inclusão do direito à alimentação saudável entre os direitos sociais/fundamentais mínimos, o aperfeiçoamento do pessoal das USF, a ampliação das equipes, a melhoria das instalações, garantindo, inclusive proximidade territorial em relação à população adstrita, e uma alimentação mais adequada dos bancos de medicamentos.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica**. Caderno de Atenção Básica. Brasília, DF: MS, 2006.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial: viver com qualidade e prevenir a doença é possível**. Caderno de Atenção Básica. Brasília, DF: MS, 2009.

COSTA, Darcília Maria Nagen da. **Atuação do SUS no controle da hipertensão arterial: a experiência de Juiz de Fora/ Performance of the SUS in the control of arterial hypertension: the experience of Juiz de Fora**. Rio de Janeiro: [s.n], 2006. 187 p. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=443502&indexSearch=ID>>. Acesso em: 03 mar. 2010.

COSTA, Juliana Martins Barbosa da Silva. **Avaliação da implantação da Atenção à Hipertensão Arterial pelas equipes de Saúde da Família**. 2006. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

GOLDMAN, Lee; BENNET, Claude J. **Tratado de Medicina Interna**. 21 ed. v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MOLINAI, Maria del Carmen Bisi *et al.* Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 37, n 6, dez. 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sobre o SUS**. Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=149](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149)>. Acesso em 27 de mai de 2010.

OLMOS, Rodrigo Díaz. **Emergências Hipertensivas**. In: CALDERANO, Marcelo; SCAFF, Milberto (coord). **Emergências clínicas baseadas em evidências: disciplina de emergências clínicas**. São Paulo: Atheneu, 2006.

RIO DE JANEIRO. **Caderno de Saúde Pública**. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. n. 2, v.22. Rio de Janeiro: [s.n], fev, 2006.

SALES, Cibele de Moura; TAMAKI, Edson Mamoru. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. **Cogitare Enfermagem**. [s.l.], abr/jun. 2007.