

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

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM ADULTOS – PROPOSTA
DE UM PLANO DE AÇÃO.**

CRISTIANE DE ANDRADE MARQUES

CAMPOS GERAIS- MINAS GERAIS

2013

CRISTIANE DE ANDRADE MARQUES

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM ADULTOS – PROPOSTA
DE UM PLANO DE AÇÃO**

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

Orientadora: Prof. Eulita Maria Barcelos

CAMPOS GERAIS- MINAS GERAIS

2013

CRISTIANE DE ANDRADE MARQUES

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM ADULTOS – PROPOSTA
DE UM PLANO DE AÇÃO**

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

Orientadora: Prof. Eulita Maria Barcelos

Banca Examinadora

Prof^ª: Eulita Maria Barcelos - Orientador

Prof: Edison José Corrêa - Examinador

Aprovada em Belo Horizonte, 25 de maio de 2013

AGRADECIMENTOS

A minha mãe, Neri, por todo apoio e amor, por tudo que sou e que alcancei.

Ao meu pai, pelas viagens, pelo carinho e por acreditar na realização deste sonho.

A minha orientadora, Prof^a. Eulita Maria Barcelos, pela presença constante e pela ajuda necessária para a conclusão deste trabalho;

As minha amigas, pelas horas de alegria compartilhadas.

As agentes de saúde do Programa de Saúde da Família, pela torcida e pelo árduo trabalho e empenho para fazer com que a saúde da população canaverdense seja sempre motivo de orgulho e satisfação, mesmo com tantas limitações.

A todas as pessoas que contribuíram para a realização desta conquista.

Loucura ? Sonho? Tudo é loucura ou sonho no começo.
Nada do que o homem fez no mundo teve início de outra maneira —
mas já tantos sonhos se realizaram
que não temos o direito de duvidar de nenhum.

(Monteiro Lobato. *Miscelâneas*. São Paulo: Brasiliense. 1956.

7ª. Edição p. 178

RESUMO

A hipertensão arterial é a doença cardiovascular mais predominante no mundo e seus agravantes podem ser prevenidos se o controle da pressão arterial for bem acompanhado e monitorado. Existem muitos fatores que podem influenciar no controle da hipertensão: a baixa adesão terapêutica, o tipo de tratamento e a falta de esclarecimento dos pacientes sobre a doença. Além disso, indivíduos com hipertensão apresentam uma avaliação da qualidade de vida muitas vezes inferior aos que não são diagnosticados com esta doença. O presente estudo tem por objetivo elaborar um plano de ação para a sistematização da assistência ao usuário adulto hipertenso, pertencentes a faixa etária de 19 a 59 anos, cadastrados no Programa de Saúde da Família João Batista de Miranda, localizado na cidade de Cana Verde, Minas Gerais. A metodologia utilizada foi a revisão narrativa da literatura para subsidiar a elaboração de um plano de ação que auxilie o indivíduo portador de hipertensão a fazer mudanças em seus hábitos de vida, através da conscientização da população sobre a promoção à saúde, hábitos alimentares adequados, vida ativa favorecendo a redução da pressão arterial. Esse plano contempla também estratégias que possibilite a vinculação dos pacientes à equipe, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemáticos mediante ações de capacitação dos profissionais e reorganização do serviço, dando subsídios e estímulo aos profissionais envolvidos para que promovam medidas coletivas de prevenção primária, enfocando os fatores de risco cardiovascular.

Palavras-Chave: Hipertensão. Atenção Primária à Saúde. Prevenção primária. DeCS.

ABSTRACT

Hypertension is the most prevalent cardiovascular disease in the world and its aggravating may be wary if blood pressure control is well followed and monitored. You are many factors that can influence the control of hypertension among the low adherence to therapy, the type of treatment and patients' lack of awareness about the disease. Furthermore, individuals with hypertension presented a review of quality of life many times lower than those who are not diagnosed with this disease. This study aims to develop and program a plan of action for dealing with citizens Hypertension in adults belonging to the age group of 19 to 59 years, enrolled in FHP John Baptist de Miranda, located in the town of Cana Verde, Minas Gerais. The methodology used was the bibliographic research narrative to support the elaboration of a plan of action to assist the individual bearer of hypertension to make changes in their habits of life, through the awareness of people on to promote health, proper eating habits, active life by encouraging the reduction of blood pressure. This plan also includes strategies that will enable the linking of patients to the team, ensuring them monitoring and systematic processing by means of actions of professional training and reorganization of the service, giving subsidies and stimulus to the professionals involved to promote collective measures for primary prevention, focusing on cardiovascular risk factors.

Keywords: Hypertension. Primary Health Care. Primary Prevention. DeCS.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| TABELA 1 – Principais doenças..... | 23 |
| QUADRO 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da ESF João Batista de Miranda..... | 24 |
| QUADRO 2- Descritores do problema hipertensão arterial em >18 e < 60 anos | 25 |
| QUADRO 3- Etapas do plano de ação 2012..... | 27 |
| QUADRO 4- Planilha de acompanhamento das ações..... | 29 |

LISTA DE SIGLAS

ESF- Estratégia de Saúde da Família

PAS -Pressão Arterial Sistólica

PAD - Pressão Arterial Diastólica

QVRS- Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

PA- Pressão Arterial

SES- Secretaria Estadual de Saúde

DCV-Doença Cardiovascular

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica.

THD – Técnico de Higiene Dentário

ACD- Auxiliar de Consultório Dentário

SUMÁRIO

| | |
|------------------------------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 OBJETIVO | 14 |
| 3 METODOLOGIA | 15 |
| 4 REVISÃO DA LITERATURA..... | 16 |
| 4.1Hipertensão..... | 16 |
| 4.2 Mudança de hábitos de vida..... | 17 |
| 5 PLANO DE AÇÃO..... | 23 |
| 5.1 Etapas do Plano de Ação – 2012..... | 27 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 30 |
| REFERÊNCIAS..... | 31 |

1 INTRODUÇÃO

Para Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia (2002) a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônico-degenerativa, silenciosa, cujo controle tem se tornado um desafio para os profissionais de saúde, uma vez que o seu tratamento exige a participação constante do paciente e da família no sentido de aderir ao tratamento e modificar alguns hábitos de vida que são considerados prejudiciais à saúde e assumir outros que são benéficos à manutenção de uma vida saudável.

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais todos os indivíduos com níveis pressóricos elevados, diagnosticados, são considerados hipertensos.

As estimativas sugerem taxas de hipertensão arterial mais elevadas para homens a partir dos 50 anos e para mulheres a partir dos 60 anos de idade (MINAS GERAIS, 2007).

Em relação aos fatores de risco são classificados como sedentarismo, tabagismo, excesso de sal, bebida alcoólica, peso e estresse e não modificáveis como o histórico familiar de hipertensão arterial, hereditariedade, idade e raça (MINAS GERAIS, 2007).

De acordo com informações da publicação “Saúde em Casa” da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006), a hipertensão arterial é definida pela persistência de níveis de pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg. Trata-se de uma patologia de início silencioso com repercussões clínicas importantes para os sistemas cardiovascular e renovascular, acompanhada frequentemente de co-morbidades de grande impacto para os indicadores de saúde da população.

Almeida (1997), diz que para prevenir doenças cardiocirculatórias, os indivíduos com PA sistólica de 120 a 139 mmHg ou PA diastólica de 80 a 89 mmHg devem ser considerados pré-hipertensos e devem começar a modificar o estilo de vida.

Celmo Celso Porto (2007) diz que no Brasil existem de 20 a 40 milhões de hipertensos, um índice muito elevado, que pode ser considerado um problema de saúde pública. Trata-se, portanto, de importante fator de risco de morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares.

O município de Cana Verde-MG também apresenta um índice elevado de portadores de hipertensão arterial. Este fato foi constatado após análise das fontes de dados, em registros, entrevistas com a equipe e com alguns informantes-chave e observação na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família João Batista de Miranda (ESF-JBM). Cada

microárea apresenta suas próprias especificidades, porém é evidenciado que a hipertensão é considerada o primeiro problema de saúde que afeta a maioria da população, estando em segundo lugar o diabetes.

A equipe João Batista de Miranda possui uma população adscrita de 675 hipertensos, todos estão sendo acompanhados através do Hiperdia — sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos captados no plano nacional de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes, em todas as unidades ambulatoriais do sistema único de saúde, gerando informações para os gerentes locais e gestores das secretarias municipais, estaduais e ministério da saúde). Destes, 42 apresentam algum tipo de sequela e/ou complicações cardiovasculares decorrentes da hipertensão arterial.

Por este motivo torna-se necessário que a equipe de Saúde da Família volte seus trabalhos para ajudar o indivíduo com hipertensão e diabetes a fazer mudanças em seus hábitos de vida, através da conscientização desta população sobre a promoção à saúde, os hábitos alimentares adequados, a vida ativa, favorecendo a redução da pressão arterial e dos níveis glicêmicos.

Para que isso aconteça é necessário que a equipe amplie a assistência, a promoção, a proteção e o apoio à saúde do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), em ações de atenção básica, enfatizando as atividades voltadas às áreas prioritárias sob a ótica da integralidade da assistência, universalidade de acesso e equidade.

A proposta de mudanças na execução das ações juntamente com a participação efetiva da família e comunidade é de essencial importância. É também prioritário vincular os portadores de hipertensão arterial à ESF-JBM, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemáticos, capacitação dos profissionais para atualizarem seus conhecimentos, para que promovam medidas coletivas de prevenção primária, enfocando os fatores de risco cardiovascular, orientando e estimulando indivíduos hipertensos a fazer mudanças em seus hábitos de vida, aumentando o nível de conhecimento e de conscientização da população sobre a importância da promoção à saúde. Portanto é necessário também a reorganização do serviço para otimizar os recursos humanos disponíveis.

O presente estudo foi desenvolvido tomando como contexto o município de Cana Verde, que está localizado no sul de Minas Gerais, e que se encontra, no contexto geográfico e social, com uma população de 5.589 habitantes (IBGE/2012), sendo que 3.601 fazem parte da área de abrangência do PSF em estudo.

A população escolhida é composta por pacientes hipertensos cadastrados no PSF João Batista de Miranda, situado à Rua José Carlos de Almeida, nº 83, com funcionamento das sete

às dezessete horas, de segunda a sexta feira, e que conta com uma equipe composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, oito agentes comunitárias de saúde, uma dentista, uma técnica de higiene dentária e uma auxiliar de consultório dentário.

2 OBJETIVO

Propor um Plano de Trabalho para a atenção a adultos com Hipertensão Arterial, atendidos pela Equipe de Saúde da Família João Batista de Miranda na cidade de Cana Verde, Minas Gerais.

3 METODOLOGIA

Para elaboração deste trabalho adotou-se como metodologia a revisão narrativa de literatura que segundo Rother (2007. sp.) “é uma revisão, não sistematizada, de algumas publicações sobre o tema escolhido, podendo incluir artigos, livros, dissertações, teses e publicações leigas e ela possibilita acessar artigos publicados a respeito do tema proposto.

Lakatos (2001) diz que a finalidade da pesquisa bibliográfica é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritos de alguma forma, quer publicadas, quer gravadas.

Para o desenvolvimento deste estudo foram utilizadas as bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library on Line) na busca das publicações e também os manuais do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Além das publicações citadas no trabalho, também foram utilizadas as entrevistas com a equipe e população, dados do SIAB e registros da unidade de saúde da família.

Na busca dos artigos científicos utilizou-se dos seguintes descritores: hipertensão, atenção básica, prevenção primária e doenças cardiovasculares.

As publicações foram submetidas inicialmente a uma leitura superficial, seguida de uma leitura minuciosa a fim de contemplar todos os aspectos abordados sobre o tema.

Após a revisão da literatura foi elaborado o plano de intervenção (plano de ação) sobre a assistência que é prestada ao hipertenso com enfoque na mudança dos hábitos de vida para melhoria do estado de saúde e conseqüentemente evitar os agravos que poderão advir dessa patologia.

4 REVISAO DA LITERATURA

Com o objetivo de sistematizar a apresentação da revisão da literatura foi abordada a hipertensão arterial sistêmica, fazendo, num primeiro momento, as considerações relevantes sobre a mesma e, em seguida, a importância das mudanças nos hábitos de vida.

4.1 Considerações sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Brunner e Suddarth (2000, p. 690) classifica a hipertensão como “uma pressão arterial sistólica superior a 140 mm Hg e uma pressão diastólica maior que 90 mm Hg durante um período sustentado.” É uma doença cardiovascular de grande interesse para a saúde pública, é largamente conhecida como fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares. Apresenta alta prevalência na população adulta mundial, principalmente acima dos 40 anos.

De acordo com informações obtidas na Enciclopédia Britânica do Brasil (BARSA, 2012), a hipertensão arterial pode ser definida como o aumento da pressão que o sangue exerce dentro das artérias da circulação, acima dos valores considerados como normais. A hipertensão se classifica em primária, ou essencial, e secundária. Os fatores que predisõem à hipertensão primária são de natureza genética (família de hipertenso), ambiental (ingestão exagerada de sal), obesidade, tabagismo e alcoolismo.

A hipertensão pode ser vista como três entidades: um sinal, um fator de risco para a doença cardiovascular aterosclerótica e uma doença. De acordo com Smeltzer e Bare (1991), como um sinal, os enfermeiros e outros profissionais de saúde usam os valores pressóricos para monitorizar o estado clínico do paciente; uma pressão elevada pode indicar uma dose excessiva de medicação vasoconstritora ou outros problemas. Como um fator de risco, a hipertensão contribui para a velocidade com que a placa aterosclerótica se acumula dentro das paredes vasculares.

Quando considerada como uma doença, a hipertensão é um importante contribuinte para a morte por doença cardíaca, renal e vascular periférica.

Ainda de acordo com Smeltzer e Bare (2002) a elevação prolongada da pressão arterial lesiona, eventualmente, os vasos sanguíneos por todo o corpo, principalmente nos órgãos-alvo, como o coração, rins, cérebro e olhos. Dessa maneira, as consequências usuais da hipertensão prolongada e descontrolada são o infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, acidentes vasculares cerebrais e comprometimento visual. Além disso, o ventrículo esquerdo do coração torna-se aumentado (hipertrofia ventricular esquerda), à

medida que ele trabalha para bombear o sangue contra a pressão elevada. Um ecocardiograma é o método recomendado para identificar essa hipertrofia.

Smeltzer e Bare (2002) enfatiza que as alterações estruturais e funcionais no coração e nos vasos sanguíneos contribuem para o aumento da pressão arterial que ocorrem com a idade. Essas alterações incluem o acúmulo da placa aterosclerótica, a fragmentação das elastinas arteriais, os depósitos aumentados de colágeno e a vasodilatação comprometida. O resultado dessas alterações é uma diminuição na elasticidade dos principais vasos sanguíneos. Por conseguinte, a aorta e as grandes artérias são menos capazes de acomodar o volume de sangue bombeado pelo coração (volume sistólico) — a energia que teria de estirar os vasos em vez disso eleva a pressão arterial sistólica. A hipertensão sistólica isolada é mais comum nos idosos.

No que se refere à terapêutica medicamentosa, Smeltzer (2002) aborda que o médico utiliza dados da história de vida do paciente e da avaliação dos fatores de risco e a categoria da pressão arterial do paciente para a escolha dos planos de tratamento inicial e subsequente. Dentre eles a perda de peso, a redução do consumo de álcool e sódio e a atividade física regular são adaptações efetivas do estilo de vida para reduzir a pressão arterial. Dados mostram que uma dieta rica em frutas e vegetais pode prevenir o desenvolvimento da hipertensão e diminuir pressão elevada.

4.2 Mudanças de hábitos de vida

Segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2001) as mudanças dos estilos de vida, tanto individual ou coletiva, são fundamentais para a prevenção da hipertensão arterial e para alcançar as medidas pressóricas adequadas preconizadas pelo Ministério da Saúde; recomenda-se:

- Alimentação adequada;
- Diminuição do consumo de sal;
- Controle do peso;
- Prática de atividade física;
- Diminuição do uso de tabaco e álcool (BRASIL, 2006).

Castro, Rolim e Maurício (2005) enfatizam que, para prevenção e controle dos níveis pressóricos elevados, essas recomendações devem ser adotadas por todos os hipertensos e por pessoas com forte antecedência familiar de hipertensão as mudanças nos hábitos de vida. De acordo com os mesmos autores entre as mudanças de hábitos de vida que devem ocorrer são

redução do peso corporal, dieta hipossódica e balanceada, aumento da ingestão de frutas e verduras, redução do consumo de bebidas alcoólicas, a realização de exercícios físicos, a diminuição do tabagismo e a substituição da gordura saturada por poliinsaturados e monoinsaturados. Sendo esses hábitos implementados, pode ser dispensada a terapia farmacológica ou a dose ou quantidade de drogas pode ser reduzida.

De acordo com informações da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2006, p. 40), “modificações no estilo de vida favorecem a redução dos valores de pressão arterial, prevenindo os riscos hipertensivos – principalmente acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca e insuficiência renal – e os riscos ateroscleróticos”.

A Secretaria de Estado da Saúde (MINAS GERAIS, 2006, p.40) relata, sobre as modificações no estilo de vida:

- Pessoas com maior risco cardiovascular devem ser constantemente orientadas sobre a importância e os benefícios das mudanças no estilo de vida, em cada encontro sobre saúde ou atendimento na unidade de saúde.
- Modificações no estilo de vida favorecem a redução dos valores de pressão arterial, prevenindo os riscos hipertensivos, principalmente acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca e insuficiência renal – e os riscos ateroscleróticos.
- Favorecem, também, a diminuição significativa de risco cardiovascular associado a outros fatores presentes que podem ser combatidos.
- Estas medidas, além do baixo custo e do risco mínimo, aumentam a eficácia do tratamento medicamentoso.
- Grande parte dos hipertensos com valores baixos de pressão arterial podem ser controlados apenas com estas mudanças.
- É fundamental avaliar, para cada caso, a viabilidade na instituição de mudanças, priorizando aquela com maior evidência de eficácia na melhoria da saúde para cada indivíduo.
- O caráter permanente da incorporação das boas práticas de estilo de vida deve ser sempre enfatizado.
- A equipe de saúde deve trabalhar para auxiliar o indivíduo a incorporar estas práticas e atingir os objetivos e as metas propostas no tratamento.

Toda mudança que se deseja fazer requer um processo educativo, que se inicia de forma bem lenta e contínua. Assim, as atividades desenvolvidas pelos profissionais que

trabalham com os pacientes hipertensos devem atender às necessidades de cada um, à medida que se tenta manter o tratamento por longo período de tempo (ALMEIDA 2004). Neste sentido tem que haver perseverança, tanto do paciente quanto do profissional.

A Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada em 2006, prioriza ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool, inclusive com transferência de recursos financeiros a estados e municípios para a implantação dessas ações de uma forma intersetorial e integrada (BRASIL, 2011).

Ministério de Saúde (BRASIL, 2006) aponta que as intervenções não farmacológicas são uma alternativa de baixo custo, risco mínimo e apresenta uma grande eficácia na diminuição da pressão arterial.

De acordo com informações do Álbum Seriado *O que é vida saudável*, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a saúde raramente está relacionada à genética. Pesquisas comprovam que a saúde está mais relacionada com o modo de vida das pessoas. O sedentarismo e a má alimentação, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, o *stress* do dia-a-dia, a rivalidade, o afastamento dos vínculos sociais são condicionantes diretamente relacionados à produção das doenças modernas.

Uma alimentação balanceada e saudável não é direcionada a uma determinada doença, mas é indicada para todos os indivíduos para manter ou aumentar sua saúde e bem estar (BRASIL, 2008).

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006), alerta em relação aos fatores nutricionais, que é fundamental a redução da ingestão calórica. Também pontua que a evolução no desenvolvimento do aumento da hipertensão arterial e o aumento do risco para o aparecimento da hipertrofia ventricular esquerda, proteinúria e queda noturna da pressão estão associados ao uso do sal como o fator principal. Deve-se ter muito cuidado na quantidade de sal ingerida porque o uso exagerado está associado à mortalidade, tanto em indivíduos normotensos quanto em hipertensos na faixa etária acima de 25 anos.

Informações obtidas no material didático da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina- Paraná esclarece que:

[...] a ingestão de bebida alcoólica deve ser limitada a 30g álcool/dia contidas em 600 ml de cerveja (5% de álcool) ou 250 ml de vinho (12% de álcool) ou 60ml de destilados (whisky, vodka, aguardente com 50% de álcool). Este limite deve ser reduzido à metade para homens de baixo peso, mulheres, indivíduos com sobrepeso e/ou triglicérides elevados (PARANÁ, 2006, p. 26).

Deve-se também interromper o uso de tabaco; quando presente, a equipe de enfermeiros e técnicos deve-se lançar mão de recursos disponíveis para o auxílio do indivíduo e apoiá-lo nesta meta.

Os fumantes apresentam um aumento de 10 vezes o risco de morte cardíaca súbita, sendo que aquelas pessoas que pararam de fumar têm seu risco de cardiopatia diminuído em 30% a 50% dentro do primeiro ano, tendo esse risco em contínuo declínio enquanto elas se abstiverem de fumar. (CASTRO; ROLIM e MAURÍCIO, 2005.p. 12).

Quanto à política antitabaco, têm sido implantadas várias ações regulatórias, tais como:

- Proibição da propaganda de cigarros;
- Advertências sobre o risco de problemas nas embalagens do produto;
- Adesão à Convenção - Quadro do Controle do Tabaco em 2006, entre outras;
- Realização de consultas públicas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para ampliar as advertências nos maços de cigarro, em 2011;
- Maior controle da propaganda nos pontos de venda;
- Proibição de aditivos de sabor nos cigarros (BRASIL, 2011).

Em relação à atividade física, esta é considerada muito importante devido aos seus benefícios em relação “aos fatores de risco mais comuns como elevação da pressão sanguínea, hiperinsulinemia e hiperlipidemia”. Por ano mais de dois milhões de óbitos estão relacionadas diretamente com a falta de atividade física em todo o mundo. “Essas mortes não fazem parte do quadro de enfermidades, incapacidades e mortes causadas pelas doenças crônicas, entre elas as cardiovasculares” (MINAS GERAIS, 2006, p.43).

As atividades físicas devem ser iniciadas em pacientes com hipertensão arterial após avaliação clínica médica. Os exercícios físicos diminuem a pressão arterial e reduzem de maneira considerável os riscos de doença arterial coronariana, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade geral (MINAS GERAIS, 2006. p.43).

Almeida (2007) diz que com base no grande número de benefícios para a saúde relacionados ao exercício e no baixo risco de morbidez e/ou de mortalidade, torna-se recomendável o exercício como parte da estratégia terapêutica inicial para indivíduos com hipertensão essencial no estágio 1 ou no estágio 2.

Ainda de acordo com Almeida (2007) para prevenção primária e/ou secundária de doenças cardiovasculares, os exercícios devem ser constituídos por atividades aeróbicas como: exercícios dinâmicos, caminhada, corrida, ciclismo, dança ou natação numa frequência de três a cinco vezes por semana, com duração média de 30 a 60 minutos.

A apostila, “*O que é vida saudável*”, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) aborda que como precaução para prescrição de exercícios a hipertensos deve-se atender:

- Não exercitar-se se a PA sistólica igual a 200 mmHg ou PA diastólica de igual a 115 mmHg os betabloqueadores atenuam a frequência cardíaca;
- Os bloqueadores alfa 1, os bloqueadores alfa 2, os bloqueadores de canais do cálcio e os vasodilatadores podem causar hipotensão pós-esforço;
- Enfatizar a volta à calma adequada;
- Os diuréticos podem causar uma redução em potássio, resultando em arritmias e evitar manobras de Valsalva durante o treinamento de resistência.

Foi implantado pelo Ministério da Saúde o Programa Academia da Saúde, criado pela Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011, tendo como principal objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis, com meta de expandir a quatro mil municípios até 2015. Desde 2006, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde “apoia e financia programas de atividade física que somaram mais de mil projetos em todo o país em 2011” (BRASIL, 2011.p.10).

De acordo com *O que é vida saudável*, do Ministério da Saúde, ter uma vida saudável é mais do que ter um corpo saudável (BRASIL, 2008).

[...] viver saudável inclui diversos aspectos relacionados ao modo como vivemos. Dependem da cultura, da crença e dos valores que compartilhamos com a comunidade em que fomos criados. Essa combinação de aspectos individuais e coletivos, associada a fatores como as reações emocionais, estresse, nervosismo, medo, ou tranquilidade, alegria, entusiasmo, nos mostra o quanto é complexo pensar a saúde e falar de modo de viver saudável (BRASIL, 2008.p. 26).

Castro, Rolim e Maurício (2005) também acreditam que a qualidade de vida é definida como a sensação de bem-estar físico e de satisfação emocional, psíquica e social do indivíduo. Por isso a adesão a novos hábitos de vida se constitui num processo de elaboração psíquica que exige vontade, empenho e disciplina do paciente.

A respeito da promoção à saúde, são fundamentais as ações direcionadas à educação e à prática de prevenção dos fatores de risco, já que se pretende vislumbrar uma boa qualidade de vida à população. Dessa forma, agenciar a saúde sugere ajudar os indivíduos a promover hábitos saudáveis. Sendo assim, mudar os hábitos torna-se mais fácil quando a pessoa hipertensa é estimulada ao longo do tratamento. Assim, sabendo que a hipertensão é uma enfermidade multissistêmica e multifatorial, sendo necessário que o indivíduo procure adaptar à cronicidade da doença e aderir ao tratamento farmacológico e mudanças nos hábitos de vida.

5 PLANO DE AÇÃO

Pelo levantamento de dados realizados na área de abrangência foi possível elaborar o diagnóstico situacional no PSF João Batista de Miranda, em Cana Verde-MG. Foi detectado

um grande número de portadores de hipertensão arterial, sendo considerado um problema para a equipe de Saúde da Família, em decorrência das comorbidades que podem surgir como consequências da hipertensão. Este fato mobilizou a equipe para a busca de estratégias que pudessem amenizar este problema, sobre a necessidade de realizar ações para atingir o objetivo proposto que é diminuir os níveis pressóricos dos hipertensos com medidas preventivas para evitar as complicações através de mudanças de hábitos de vida. A partir daí surgiu a idéia de elaborar um plano de ação baseando no modelo apresentado no módulo Planejamento e avaliação das Ações de Saúde, de autoria de Campos, Faria e Santos (2010).

Para possibilitar a elaboração do plano de ação, inicialmente foi realizado o diagnóstico situacional discutido em reunião com a equipe de saúde na ESF-JBM e priorizado o problema que a equipe enfrenta no dia a dia que é o atendimento de pacientes hipertensos. O objetivo do plano de ação é diminuir os níveis pressóricos através da mudança nos hábitos de vida.

A Tabela 1 apresenta dados sobre as patologias prevalentes na área de abrangência.

Tabela 1 - Principais patologias da população adscrita na Equipe de Saúde da Família João B. Miranda. Cana Verde – MG. 2012

| Faixa etária | Alcoólatras | | Chagas | | Def. físico | | Diabéticos | | Epilepsia | | Hipertensão | | Tuberculose | |
|-----------------|---------------------|------|--------|------|-------------|------|------------|------|-----------|------|-------------|-------|-------------|------|
| | Número e percentual | | | | | | | | | | | | | |
| Até 14 anos | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0,40 | 1 | 0,13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15 anos ou mais | 30 | 1,05 | 1 | 0,01 | 20 | 0,70 | 116 | 4,07 | 16 | 0,56 | 643 | 22,57 | 1 | 0,04 |
| Total | 30 | | 1 | | 23 | | 117 | | 16 | | 643 | | 1 | |
| | 0,83 | | 0,03% | | 0,64% | | 3,25% | | 0,44 | | 17,86% | | 0,03% | |

FONTE: SIAB-2012

A Tabela 1 retrata as principais doenças que atingem a população cadastrada no PSF João B. Miranda. Demonstra apenas um diabético adolescente e nenhum hipertenso nessa faixa etária. As doenças com percentuais maiores são a hipertensão e diabetes seguidas de alcoolismo e epilepsia. No quadro 1 visualiza-se a classificação de prioridades para os problemas identificados.

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da PSF João Batista de Miranda-2012

| Principais problemas | Importância | Urgência | Capacidade de | Seleção |
|----------------------|-------------|----------|---------------|---------|
|----------------------|-------------|----------|---------------|---------|

| | | | | |
|----------------------------------------------------------|-------|---|---------------|---|
| | | | enfrentamento | |
| Hipertensão arterial em pessoas com 15 anos ou mais | Alta | 8 | Parcial | 1 |
| Diabetes mellitus em pessoas com 15 anos ou mais | Alta | 6 | Parcial | 2 |
| Alcoolismo e drogas ilícitas pessoas com 15 anos ou mais | Alta | 5 | Parcial | 3 |
| Rede de tratamento de esgoto | Média | 3 | Fora | 4 |

FONTE: SIAB (2012)

Os critérios utilizados para a classificação foram:

- Índice de incidência na população, gravidade de morbidade e que apresentam maiores fatores de risco modificáveis.

Explicação de cada item da tabela:

- ✓ **Importância** - significa o grau de importância desta patologia na população;
- ✓ **Urgência** - significa o grau de urgência que a patologia apresenta;
- ✓ **Capacidade de enfrentamento** - significa a capacidade que a equipe apresenta para combater a patologia;
- ✓ **Seleção** - significa qual é a prioridade que a equipe estabeleceu para cada problema identificado.

No Quadro 2, o demonstrativo do quantitativo de pacientes diagnosticados como hipertensos.

Quadro 2 – Fatores associados ao problema hipertensão arterial sistêmica (HAS) em hipertensos cadastrados e acompanhados, maiores que 18 anos e menores de 60 anos, em Cana Brava – MG, equipe de Saúde da Família João Batista de Miranda-2012

| Fatores associados | Valores quantitativos | Fontes |
|-------------------------|-----------------------|--------------------|
| Fumantes | 51 | Registro da equipe |
| Obesos | 5 | Registro da equipe |
| Com de atividade física | 15 | Registro da equipe |

| | | |
|----------------------------------|-----|--------------------|
| Com complicações relativas a HAS | 42 | Registro da equipe |
| | | |
| Total | 675 | SIAB |

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e informações locais

Este quadro contempla quantos hipertensos estão cadastrados no Hiperdia e são acompanhados pela equipe da Saúde da Família, número de fumantes, obesos, os que realizam atividades físicas e quantos possuem algum tipo de complicações relacionadas à hipertensão.

Passo a apresentar a árvore explicativa do problema da hipertensão arterial em pacientes >18 anos<60 anos para que possamos compreender o percurso que a hipertensão arterial pode fazer na vida de seu portador. Optei por não usar o diagrama, mas fazer uma apresentação descritiva.

- **Problema:** Hipertensão Arterial em maiores de 18 anos<60 anos
- **Aumenta:** Risco cardiovascular
- **Fatores de risco cardiovascular:** tabagismo, dislipidemia, diabetes melito, nefropatia, idade acima de 60 anos, história familiar de doença coronariana e hábitos de vida irregular.
- **Pode causar:** Infarto, AVC, insuficiência renal, Insuficiência cardíaca, alterações cognitivas ou demência vascular e isquemia cerebral transitória.
- **Pode provocar:** Aumento de mortalidade, aposentadoria precoce, aumento do desemprego e invalidez.
- **Fatores de risco relacionados à HAS:**
 - Não modificáveis: Hereditariedade, idade, raça.
 - Modificáveis: sedentarismo, tabagismo, excesso de sal, bebida alcoólica, obesidade e estresse.
- **Influenciados por:** hábitos e estilo de vida, nível de pressão social, nível de informação.
- **Influenciam:** políticas públicas, modelo assistencial;
- **Influenciam:** estrutura dos serviços de saúde e no processo de trabalho;
- **Interfere:** no uso de protocolos, apoio diagnóstico, assistência farmacêutica, referência e contrarreferência, capacitação de pessoal;
- **Pode melhorar:** o acompanhamento de risco e agravos, melhorar a autonomia do paciente com risco de HA aumentado através de uma atenção integral.

- **Pode diminuir o risco de:** Infarto, acidente vascular cerebral, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, alterações cognitivas ou demência vascular, isquemia cerebral transitória.

Após a apresentação descritiva da árvore explicativa do problema da hipertensão arterial passou-se para a identificação dos nós críticos que de acordo com o módulo da Unidade Didática 1-Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde, de autoria de Campos; Faria; Santos (2010.p.65).

O nó crítico é “um tipo de causa de um problema, que quando atacado é capaz de, impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O nó crítico traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está viabilizando (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010, p. 65).

Foram considerados 03 nós críticos:

- Hábitos e estilos de vida - a maioria dos fatores de risco da HAS está relacionada a fatores modificáveis no estilo de vida da população;
- Nível de informação - a falta de informação da população além de aumentar os riscos para à HAS também causa desinteresse pelo tratamento;
- Processo de trabalho da equipe - quando a equipe não se envolve com a população na solução de um problema este tende a aumentar;

Diante do levantamento dos nós críticos elaboraram-se algumas ações para o seu enfrentamento que serão descritas no Quadro 3.

Quadro 3 Propostas de ações para motivação dos atores:

| Operações/ projetos | Recursos críticos | Ator que controla | Motivação | Ação estratégica |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-------------------------|
| Hábitos e estilos de vida | Político- conseguir apoio com nutricionista e profissional de educação física do município e espaço | Secretaria de Educação | Indiferente | Apresentar o projeto |

| | | | | |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|----------------------|
| | na rádio da cidade. Financeiro- aquisição de recursos audiovisuais, panfletos educativos, cartazes, etc. | Secretaria de Saúde | Favorável | |
| Nível de informação | Político- articulação intersetorial, parceria com profissionais da educação e nutricionista. | Secretaria de Educação Secretaria de Saúde | Indiferente Favorável | Apresentar o projeto |
| Processo de trabalho da equipe de Saúde da Família | Político- articulação intersetorial, parceria com profissionais da educação e nutricionista. | Secretaria de Educação Secretaria de Saúde | Indiferente Favorável | Apresentar o projeto |

No Quadro 3 estão escritas as propostas de ações a serem desenvolvidas pela ESF e os atores envolvidos no projeto e seu grau de motivação.

5.1 Etapas do Plano de Ação – 2012

Serão descritas a partir das três operações propostas:

Operação/projeto I: Hábitos e estilos de vida

Objetivo: Diminuir em 15% o número de sedentários, tabagistas, obesos, excesso de sal na alimentação e nível de estresse.

Resultados esperados:

Produtos esperados Campanha educativa na rádio local, blitz da saúde com apoio da Polícia Militar (PM) entregando panfletos com orientações a população, palestras educativas para a população, orientações nutricionais com apoio da nutricionista da escola municipal e orientações sobre a importância da atividade física com apoio de profissional de educação física e capacitação da equipe de saúde para atuarem no problema selecionado.

Recursos necessários:

- Organizacional: organizar a blitz educativa.
- Cognitivo: informar sobre o tema, capacitar a equipe e implantar estratégias de comunicação.
- Político: conseguir apoio com nutricionista e profissional de educação física do município e espaço na rádio da cidade.
- Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, panfletos educativos, cartazes, etc.

Responsáveis: agentes de saúde.

Prazo:

Operação/projeto II: Nível de informação

Objetivo: aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da HAS e seus fatores de risco e aumentar o nível de informação da equipe.

Resultados esperados: população e equipe mais informada sobre os riscos da HA.

Produtos esperados: pesquisas/inquéritos populacionais sobre a incidência, prevalência, morbimortalidade e fatores de risco da HA; monitoramento e avaliação das intervenções contra a HA; alternativas à população para construção de comportamentos saudáveis ao longo da vida; estratégias de comunicação com o tema de promoção da saúde e prevenção de HA.

Recursos necessários:

- Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas;
- Organizacional: organização da agenda;
- Político: articulação intersetorial, parceria com profissionais da educação e...

Responsáveis: Agentes de saúde.

Prazo:

Operação/ Projeto III: Processo de trabalho da equipe de saúde da família

Objetivo: capacitar equipe de saúde para implantação do plano de ação;

Resultados esperados: maior nível de informação da equipe e envolvimento;

Produtos esperados: recursos humanos capacitados, gestão da linha de cuidado implantada.

Recursos necessários:

- Cognitivo: cursos de capacitação para equipe, elaboração da linha de cuidado e protocolos;
- Político: articulação intersetorial, parceria com profissionais da educação e nutricionista.
- Organizacional- organização da agenda.

Responsáveis: Agentes de saúde.

Prazos:

Acompanhamento e avaliação

A planilha proposta no Quadro 4 facilitará o acompanhamento das atividades desenvolvidas em nossa população hipertensa adscrita. A avaliação do Plano de Ação será

verificada por meio dos indicadores do SIAB e pela equipe da unidade de saúde. Baseando em dados levantados será feita a avaliação no momento atual, aos três, seis e um ano após a implantação e se necessário será implementada alguma ação após a avaliação em cada período. No final do primeiro ano, será analisado se o objetivo proposto foi alcançado. Sua implantação será após sua aprovação.

Quadro 4 - Planilha de acompanhamento das ações de controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) em pacientes adultos da equipe de Saúde da Família João Batista de Miranda, em Cana Verde – MG.

| Indicadores | Momento atual | Em 3 meses | Em 6 meses | 1 ano |
|---------------------------------|---------------|------------|------------|-------|
| Hipertensos cadastrados | | | | |
| Hipertensos esperados | | | | |
| Hipertensos confirmados | | | | |
| Hipertensos acompanhados | | | | |
| Hipertensos controlados | | | | |
| Obesos | | | | |
| Tabagistas | | | | |
| Sedentários | | | | |
| Complicações decorrentes de HAS | | | | |
| Internações por HAS | | | | |
| Portadores de dislipidemia | | | | |
| Óbitos por causas de HAS | | | | |

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o diagnóstico situacional da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família João B. Miranda, é evidenciado que a Hipertensão Arterial Sistêmica é considerada o primeiro problema de saúde que afeta a maioria da população. Por este motivo torna-se necessário que a equipe de Saúde da Família volte seus trabalhos para auxiliar o indivíduo com hipertensão a fazer mudanças em seus hábitos de vida, através da conscientização da população sobre a promoção à saúde, hábitos alimentares adequados, vida ativa favorecendo a redução da pressão arterial e diabetes.

Contudo, o profissional da saúde deve conscientizar o paciente, através de informações e esclarecimentos sobre as dúvidas e dos conceitos sobre a doença. Com adequação alimentar pelo paciente consegue-se intervir positivamente na evolução dessa patologia.

Com a implantação do plano de ação proposto para a organização do processo de trabalho na assistência voltada para o paciente portador de hipertensão pretende-se estabelecer metas, funções e objetivos para que a equipe de saúde oriente suas ações no intuito de alcançar seus objetivos na prevenção e controle da hipertensão.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K.M. S **Compreensão do hipertenso sobre sua doença e motivação para o autocuidado em um grupo de PSF no Município de Nova Cruz - RN. 2004** -Monografia (Curso de Especialização em Saúde Pública) .Universidade Federal da Paraíba.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atualização para atenção básica. Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Casos Clínicos.** Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **O que é vida saudável?** Álbum seriado – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 1ª reimpressão. Disponível em: <http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000015495.pdf>. Acesso. 28 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde** / organização de Sandra R. S. Ferreira, Itamar M. Bianchini, Rui Flores. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago. 2011.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e diabéticos captados no plano nacional de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes (SIAB)**, 2012.

BRUNNER, S.C.S.; SUDDARTH, B.B. **Tratado de Enfermagem medico-cirúrgica: tratamento de pacientes com distúrbios reprodutivos femininos.** 10. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.1, 2000.

CAMPOS, F.C.; FARIA. H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações de Saúde.**2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

CASTRO, ME. ROLIM, M.O.R.; Mauricio. T.F. **Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores.** Acta Paul Enferm. 2005.

GUEDES. D.P. \Programa Academia da Saúde: Ação Para Incrementar a Prática de Atividade Física na População Brasileira. **Rev. Brasileira de Atividade Física e Saúde.** v.16,n.3-2011.

IBGE. **Cana Verde**. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=311190>. Acesso: 23, mar, 2013.

LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 4ªed. Editora Atlas, São Paulo, 2001.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. – 2. Ed. – Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidem Serv Saúde** v. 15, n.1, p. 35-45, 2006.

PORTO, C. C.; PORTO. A.L. **Vademecum de clínica médica**; 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **4ª Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Campos do Jordão; 2002.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. Diálise. **Tratado de enfermagem medico-cirúrgico**. Ed. Guanabara, Rio de Janeiro, 1991.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. Diálise. **Tratado de enfermagem medico-cirúrgico**. Ed. Guanabara, Rio de Janeiro, 2002.

PARANÁ. Secretaria Municipal de Saúde de Londrina. **Saúde do adulto: hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemias**. Disponível em:
http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/prot_adulto.pdf. Acesso: 23 jan. 2013