

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LUCAS MAUTONE CAMPOS**

**HIPERTENSÃO: PREVENIR É PRECISO**

**JUIZ DE FORA/ MINAS GERAIS**  
**2014**

LUCAS MAUTONE CAMPOS

## **HIPERTENSÃO: PREVENIR É PRECISO**

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: Profa. Palmira de Fátima Bonolo

**JUIZ DE FORA/ MINAS GERAIS  
2014**

LUCAS MAUTONE CAMPOS

## **HIPERTENSÃO: PREVENIR É PRECISO**

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: Profa. Palmira de Fátima Bonolo

Banca Examinadora:

Prof. Palmira De Fátima Bonolo - Orientadora

Prof. Ana Mônica Serakides Ivo - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, em 24/06/2014

## RESUMO

A hipertensão é considerada um problema grave de saúde pública em todo mundo apresentando-se na maioria das vezes assintomática, estando diretamente associada ao aparecimento de doenças crônicas, que influenciam diretamente na qualidade de vida dos pacientes. Ressalta-se ainda o grande impacto causado aos indivíduos por meio da adesão ao tratamento e as mudanças de hábitos. O projeto será realizado dentro do Programa de Saúde da Família (PSF), na cidade de Senhora dos Remédios- MG, tendo como objetivo o desenvolvimento de ações educativas através de encontros, com grupos formados dentro da comunidade enfocando a importância na adesão às boas práticas para prevenção e ao tratamento da hipertensão. Justificam-se as ações haja vista que com o resgate de um padrão de vida mais saudável, em que cada um possa se responsabilizar um pouco mais por sua saúde, com uma tomada de consciência de que a prevenção e controle de doenças exige além do atendimento médico, o autocuidado, onde os profissionais da área e a comunidade construam estruturas que viabilizem um nível de consciência e interação focada em bases sólidas de tomada de atitudes concretas e efetivas, e a partir do emprego das atividades propostas que todos possam ter menos complicações relacionadas à hipertensão e obtendo um ganho real na qualidade de vida.

Palavras-chave: Hipertensão; Pressão arterial; Prevenção e controle; Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

Hypertension is considered nowadays a serious public health problem throughout the world presenting most often asymptomatic, and is directly linked to the onset of chronic diseases which directly influence the quality of life of the patients. This project will be executed within the Family Health Strategy (Programa Saúde da Família - PSF) in a town called Senhora dos Remédios - MG, aiming to develop of educational activities through meetings with groups formed within the community focusing on the importance of their participation in healthy habits in order to prevent and treat hypertension. It is also important to mention the positive impact that this change causes in the life of the people who participate in interventions. These actions and the rescue of a healthier life justify this project and it can make each person more responsible about his/her health learning that prevention and diseases control requires care beyond medical self-care where professionals and community build structures for a high level of awareness and interaction, so everyone can have less complications to the hypertension disease and achieve great life quality.

**Keywords:** Hypertension, Blood Pressure, Prevention and Control, Family Health.

## SUMÁRIO

<b>1.0 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2.0 OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 OBJETIVO ESPECÍFICO .....</b>	<b>12</b>
<b>3.0 METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
<b>3.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PSF III SENHORA DOS REMÉDIOS. ....</b>	<b>13</b>
<b>3.2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>14</b>
<b>4.0 PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>27</b>

## 1.0 INTRODUÇÃO

A hipertensão é considerada um problema grave de saúde pública em todo mundo apresentando-se na maioria das vezes assintomática, e estando diretamente associada ao aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis, que influenciam diretamente na qualidade de vida dos pacientes.

Dados das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) revelam que a elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a hipertensão arterial é uma das dez maiores causas de mortalidade no mundo, além de se configurar também como um problema de saúde pública no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2007).

Quase um quarto dos brasileiros adultos tem de enfrentar a hipertensão, mas o maior controle da doença tem diminuído fortemente o número de complicações ligadas à doença, que chegaram em 2012 ao menor patamar dos últimos 10 anos. De acordo com a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel 2012, 24,3% da população têm hipertensão arterial, contra 22,5% em 2006, ano em que foi realizada a primeira pesquisa (VIGITEL, 2012).

Por outro lado, o número de pessoas que precisou ser internado na rede pública caiu 25% nos últimos dois anos. Em 2010, o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou 154.919 internações decorrentes de complicações da hipertensão; em 2011, o número ficou em 136.633 e foi a 115.748 em 2012. O Ministério da Saúde registrou a menor taxa de pessoas internadas para 100 mil habitantes nos últimos 10 anos. A taxa passou de 95,04 em 2002 para 59,67 no ano passado (BRASIL, 2012).

Existem vários fatores de risco para hipertensão arterial, dentre os quais podemos destacar a obesidade, pois o excesso de peso aumenta de duas a seis vezes o risco de hipertensão arterial, enquanto a diminuição de peso em normotensos reduz a pressão e a incidência da doença.

Recomenda-se manutenção do peso com índice de massa corpórea entre 20 e 25 kg/m, empregando aumento da atividade física e dieta hipocalórica (GONÇALVES et al, 2007).

Gonçalves (2007) cita ainda como fator de risco a sensibilidade ao sal, pois indivíduos chamados sal-sensíveis apresentam predisposição maior ao desenvolvimento de hipertensão arterial em decorrência de ingesta salina, e cerca de 30% a 60% dos pacientes com hipertensão essencial são sal-sensíveis.

Outro importante fator de risco é o climatério. A hipertensão arterial na mulher é mais frequente após a instalação do climatério, entretanto, estudos têm demonstrado que a pressão arterial é mais elevada em homens que em mulheres até a faixa etária de 60 anos. Acima desta faixa etária, a pressão arterial aumenta nas mulheres e a hipertensão torna-se igualmente prevalente em homens e mulheres. Estes achados sugerem que os hormônios ovarianos podem ser responsáveis pela pressão arterial mais baixa em mulheres pré-climatério e, também pelo aumento da pressão arterial em mulheres menopausadas (GONÇALVES et al, 2007).

Idade, fatores sócio econômicos, consumo de sal, obesidade, sedentarismo e consumo excessivo de álcool são os principais fatores relacionados ao aparecimento e agravamento da HAS. O desenvolvimento de hipertensão depende da interação entre predisposição genética e fatores ambientais, embora ainda não seja completamente conhecido como estas interações ocorrem. Sabe-se, no entanto, que a hipertensão é acompanhada por alterações funcionais do sistema nervoso autônomo simpático, renais, do sistema renina angiotensina, além de outros mecanismos humorais e disfunção endotelial. Assim a hipertensão resulta de várias alterações estruturais do sistema cardiovascular que tanto amplificam o estímulo hipertensivo, quanto causam dano cardiovascular (MANO, 2009).

Investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos, principalmente, quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da Medicina moderna.

As estratégias de prevenção efetivas aplicam modificações no estilo de vida, dentre as quais podemos citar atividade física regular, perda ponderal moderada, controle do estresse, abandono do fumo, consumo reduzido de sódio e álcool, ingestão adequada de potássio, cálcio e magnésio, estratégias essas que devem preceder o tratamento farmacológico para hipertensão leve e moderada, por causa dos possíveis efeitos colaterais deletérios da terapia medicamentosa sobre outros fatores de risco coronarianos (MCARDLE, 2003).

O tratamento dos pacientes hipertensos inclui atitudes não medicamentosas, denominadas mudanças do estilo de vida, como citado anteriormente, bem como medidas medicamentosas que deverão ser individualizadas para cada situação clínica (AMODEO; LIMA, 1996). Porém as mudanças do comportamento habitual adquirido ao longo da vida não são facilmente realizadas, pois exigem disciplina e paciência para obter resultados (GRAVINA et al, 2007).

A execução de um trabalho de conscientização buscando a sensibilização para a adesão a pratica de ações preventivas; pode trazer resultados positivos e significativos nesta luta. Diante disto, elaboramos um projeto para a implementação destas ações, o qual será realizado no âmbito da Estratégia da Saúde da Família (ESF), na cidade de Senhora dos Remédios- MG e prevê o desenvolvimento de ações educativas através de encontros mensais, com grupos formados dentro da comunidade enfocando a importância na adesão às boas práticas para prevenção e ao tratamento da hipertensão.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) em Senhora dos Remédios teve início por completo, com a inauguração da Unidade Básica de Saúde local. A Estratégia abrange a totalidade de famílias e comunidades do município e vem obtendo sucesso a cada dia mesmo com todas as dificuldades existentes. Possui equipes que atendem todo o município incluindo a equipe a qual trabalho PSF 3, que atende um total de 1.120 famílias.

O município tem como referência hospitais em Barbacena, como a Santa Casa, Hospital Regional Ibiapaba, dentre outros. Conta com o apoio de referência própria, para execução dos serviços de Média e Alta Complexidade, também dispõe de recursos advindos para este fim, para arcar com estas despesas em outras regiões e até mesmo referências nacionais.

O grande problema que enfrentamos no contexto do assunto abordado é a resistência da população frente às ações preventivas e de promoção à saúde. Vivenciamos ainda aquele

processo em que a atenção curativa predomina em relação às voltadas para um trabalho de promoção à saúde e prevenção de doenças.

No município, existem 600 pacientes hipertensos cadastrados no Sistema de Informação Básica (SIAB), sendo que, 554 pacientes estão em acompanhamento. A perspectiva inicial de participação dos grupos é de 30 pacientes.

É importante ressaltar ainda o grande impacto causado aos pacientes por meio da adesão ao tratamento e as mudanças de hábitos. Nesse sentido, é indispensável estratégias de intervenção e ação eficientes no intuito de reduzir a morbimortalidade causadas por estas doenças através das práticas corporais, alimentação equilibrada e assistência multiprofissional aos grupos vulneráveis com doenças do aparelho circulatório.

## **2.0 OBJETIVO GERAL**

Implementar ações individuais e coletivas, na busca de esclarecer sobre a necessidade de prevenção da hipertensão.

## **2.1 OBJETIVO ESPECÍFICO**

Ampliar a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento anti-hipertensivo de forma regular e permanente.

### **3.0 METODOLOGIA**

A metodologia utilizada para a elaboração do plano de ação foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES). O estudo teórico constou com pesquisas de artigos e livros sobre o assunto tratado em bibliotecas. Com utilização de livros e revistas, internet em sites de busca como biblioteca virtual de saúde BVS e Scielo, com o cruzamento das seguintes palavras chave: hipertensão; pressão arterial; prevenção e controle; saúde da família. Além disso, foram realizadas reuniões de equipe para análise da demanda da população por medicação (avaliação dos medicamentos prescritos), anotações de prontuários e análise do diagnóstico situacional.

#### **3.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PSF III SENHORA DOS REMÉDIOS.**

Inicialmente, no período de janeiro de 2009 a abril de 2010, foi realizado o diagnóstico situacional, com o envolvimento de toda equipe do PSF III Senhora dos Remédios /MG. (CAMPOS et al, 2010).

Com o objetivo de obter informações indispensáveis para o desenvolvimento de ações de enfrentamento em curto prazo, com baixo custo e com envolvimento participativo da comunidade, o diagnóstico foi feito no método da Estimativa Rápida Participativa (ERP). Os princípios que regem são: coletar somente os dados pertinentes e necessários; obter informações que possam refletir as condições e as especificidades locais e envolver a população na realização da estimativa rápida.

Os dados levantados por meio deste método são coletados através de reuniões de equipe, análise da demanda da população por medicação prescrita e anotações de prontuários, além de entrevistas com informantes chave (autoridades municipais e entidades locais). (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

### 3.2 REFERENCIAL TEÓRICO

Mundialmente, a hipertensão arterial é a principal causa de mortalidade, seja por doença cardiovascular precoce ou ainda em casos de acidente vascular cerebral decorrente em especial pela falta de conhecimento sobre as doenças por parte dos pacientes acometidos. Desta maneira, há uma estimativa de que em 2025 haverá um aumento de 29% dos casos de hipertensão (LESSA et al., 2006).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) revelam que as doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de morte (27,8%), sendo que, entre elas, as doenças cerebrovasculares ocupam o primeiro lugar (31,8%), seguida das doenças isquêmicas do coração (30,3%). Na faixa etária de 20 a 69 anos, essas doenças foram responsáveis por 34 % do total de óbitos.

De acordo com dados da Sociedade Brasileira de cardiologia, citados por Barbosa et al (2010), a hipertensão é responsável por 40% de mortes devido a acidente vascular cerebral e ainda por 25% das mortes causadas por agravos cardiovasculares, fator que aumenta de maneira progressiva a partir de elevações da pressão arterial (PA) a índices superiores a 115/75 mmHg (BARBOSA et al., 2010).

Os homens apresentam uma incidência mais alta da hipertensão quando adultos jovens e no início da meia-idade; daí para frente, as mulheres apresentam uma incidência mais alta. Geralmente a hipertensão arterial começa de forma insidiosa como uma doença benigna. Progredindo lentamente para um estado maligno. Se não tratada, até mesmo os casos leves podem provocar complicações importantes e morte (LESSA et al., 2006).

Em mulheres acima de 75 anos as taxas podem atingir até 80% (NETO et al, 2006). A pressão arterial é o produto do débito cardíaco multiplicado pela resistência periférica. O débito cardíaco é o produto da frequência cardíaca multiplicada pelo volume sistólico. Na circulação normal, a pressão é exercida pelo fluxo sanguíneo através do coração e dos vasos sanguíneos.

A pressão arterial alta, conhecida como hipertensão, pode resultar de uma alteração no débito cardíaco, de uma alteração na resistência periférica ou de ambas. Os medicamentos utilizados para tratar a hipertensão diminuem a resistência periférica, volume sanguíneo ou força e frequência da contração miocárdica (SMELTZER; BARE, 2005).

A crescente importância das doenças do aparelho circulatório no perfil epidemiológico da população brasileira, a partir da década de 1960, tem conduzido à proposição de documentos oficiais visando subsidiar a programação e implementação de atividades sistemáticas, com a finalidade de melhorar a saúde cardiovascular dos indivíduos. Nesse sentido, evidencia-se o controle da hipertensão arterial como importante condição para se evitar ocorrência dos agravos dessa natureza. (SOUZA, et al., 2006).

De acordo com a Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde (NOAS/SUS) 2002, entre as ações estratégicas mínimas de responsabilidade dos municípios, o controle da hipertensão arterial sistólica (HAS), deverá ser desenvolvido por meio do diagnóstico de casos, no cadastramento de pacientes, na busca ativa, no tratamento e nas ações educativas, figura como destaque na atenção básica. (SOUZA, et al., 2006).

Cerca de 50% dos pacientes hipertensos participam de programas de tratamento e controle da pressão, todavia somente 30% tem a pressão arterial em níveis considerados normais. A dificuldade está no fato de a hipertensão ser uma doença silenciosa, até o aparecimento de suas complicações e os efeitos colaterais advindos do tratamento (MOCHEL et al., 2006).

A medida da PA constitui o elemento essencial para o estabelecimento do diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica. Portanto, destaca-se a importância de realizar essa técnica através de métodos e condições apropriadas. De acordo com estudos feitos pela Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão, têm demonstrado que na prática clínica, nem sempre a medida da pressão arterial é realizada de forma adequada, os quais podem ser evitados com preparo apropriado do paciente, uso da técnica padronizada de medida da PA com equipamento calibrado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) os valores admitidos são: 120x80mmHg, em que a pressão arterial é considerada ótima e 130x85mmHg sendo considerada limítrofe. Valores pressóricos superiores a 140x90mmHg é considerado Hipertensão. Conforme a IV

Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), compreende em estágios: 1 (leve - 140x90mmHg e 159x99mmHg), 2 (moderada - 160x100mmHg e 179x109mmHg) e 3 (grave - acima de 180x110mmHg).

A classificação da PA, de acordo com a medida no consultório para indivíduos maiores de dezoito anos de idade, preconizada em 2006 pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) é a seguinte: ótima é quando a sistólica é menor que 120 mmHg ou diastólica menor que 80mmHg; normal é quando a sistólica é menor que 130mmHg ou diastólica menor que 85mmHg; limítrofe é quando a sistólica é de 130mmHg a 139mmHg, ou diastólica de 85mmHg a 89mmHg.

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independentemente, linear e contínuo para doença cardiovascular. Apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência renal crônica e doença de extremidades. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006).

Um problema relacionado à hipertensão é que a maioria da população que inicia uma elevação da pressão arterial somente percebe quando essa já causa algum impacto no organismo levando a distúrbios metabólicos (LESSA, 2006).

Denominamos hipertensão maligna ou emergência hipertensiva os quadros de hipertensão arterial grave, ou seja, PA diastólica acima de 130 mmHg, associada às alterações na retina, insuficiência renal, alterações neurológicas, anemia e insuficiência ventricular. Esse paciente necessita de redução rápida da pressão arterial; por isso, além dos tratamentos próprios a qualquer situação de crise hipertensiva, pode ser necessária à realização de diálise (SMELTZER; BARE, 2005).

Dentre os fatores de risco, pode-se dizer que os principais incluem a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, o nível de escolaridade, o *status* socioeconômico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais, o que colabora com o agravamento de doenças cardiovasculares, contribuindo ainda mais para a possibilidade de uso de medicamentos para controlar as alterações pressóricas (ZAITUNE et al., 2006).

Apesar de haver muito ainda por ser esclarecido sobre os determinantes das doenças crônicas, vários fatores de risco susceptíveis a ações preventivas já estão bem definidos, entre eles: fumo, hipertensão, obesidade, sedentarismo e ingestão de álcool. Dada a alta fração etiológica atribuível a esses fatores em vários países, estão em andamento ou em fase de montagem, programas nacionais de prevenção, visando à redução de suas prevalências e consequentemente, do risco de doenças não transmissíveis. (DUNCAN et al., 1993).

Independente da faixa etária, juntamente com outros fatores de riscos, tais como dislipidemia, tabagismo, diabetes, obesidade e hipertrofia ventricular esquerda, a hipertensão se destaca como principal fator de risco para doenças cardiovasculares incluindo a doença arterial coronariana (DAC). A associação destes fatores eleva o potencial de risco (FILHO E NETTO, 2006).

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), os fatores de risco para a hipertensão arterial são: Idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal e álcool em demasia, sedentarismo e fatores socioeconômicos, genética e outros fatores cardiovasculares.

A hipertensão é mais comum entre as mulheres (26,9%) do que entre os homens (21,3%) e também varia de acordo com a faixa etária e o nível de escolaridade. Uma das hipóteses para o público feminino ser o mais atingido é que as mulheres costumam ir a consultas médicas com mais frequência. Entre os brasileiros com mais de 65 anos de idade, 59,2% se declaram hipertensos, diante de apenas 3,8% na faixa de 18 a 24 anos e 8,8% na de 25 a 34 anos.

Segundo a Vigitel 2013, a capital com maior índice de hipertensão é o Rio de Janeiro (29,7%), seguido de Recife (26,9%) e Aracaju (26,6%).

As complicações referentes à hipertensão também é vigente e pode ser observada em maior parte em homens do que em mulheres, diferença essa que diminui entre a população idosa, sendo que entre mulheres na idade da menopausa os riscos para doenças cardiovasculares aumentam (NOBLAT, 2004).

As complicações são principalmente por referência a uma não adaptação ao tratamento proposto. Segundo Andrade et al (2002), durante o primeiro ano de tratamento medicamento

em torno de 16 a 50% dos pacientes deixam de segui-lo ou ainda o faz de maneira inadequada (ANDRADE, et al., 2002).

As doenças cardiovasculares são consideradas as principais complicações envolvendo os hipertensos, sendo que cerca de 25% dos infartos nessa população poderiam ser evitados se o tratamento fosse realizado de maneira adequada (TOSCANA, 2004).

Como em qualquer patologia, o tratamento tem como finalidade a redução dos riscos inerentes à doença diminuindo possíveis agravos clínicos, fator que nos hipertensos torna-se difícil a avaliação, portanto só é possível contabilizar o sucesso no tratamento devido à diminuição ou não de agravos cardiovasculares na população (MOCHEL et al, 2007).

O tratamento medicamentoso associado ao não medicamentoso objetiva à redução da PA para valores inferiores a 140mmHg de pressão sistólica e 90mmHg de pressão diastólica, respeitando as características individuais, a presença de doenças ou condições associadas, ou características peculiares, e a qualidade de vida dos pacientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006).

O uso de medicamentos tem sua indicação para os hipertensos com quadros moderados a graves ou ainda para aqueles que possuem doenças cardiovasculares ou apresentem risco para lesões em órgãos alvo (ZAITUNE et. al., 2006).

O uso adequado de medicamentos diminui os riscos de morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares, além de melhorar e aumentar a sobrevida do hipertenso tendo como desfecho principal manter os níveis pressóricos abaixo de 140/90 mmHg. A associação com tratamento não medicamento também é importante nesse controle (MOCHEL et al, 2007).

Acredita-se que principalmente as pessoas deixam de aderir ao tratamento principalmente por falta de informação adequada sobre a doença. Além disso, a mudança de hábitos, que é fundamental para o sucesso do tratamento, ainda é uma opção distante aos hipertensos. Muitos até iniciam corretamente o tratamento, todavia desistem ou o faz pela metade, e não conforme o recomendado (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Para hipertensos com caso leves, normalmente o tratamento inclui somente um tipo de medicamento geralmente de uso oral e ainda permita a menor ingestão diária pelos pacientes de acordo com a situação clínica de cada um. Quando necessário às doses são reguladas, seguindo o acompanhamento correto da PA. Todavia, há pacientes que não respondem com uso de apenas um medicamento, desta maneira é realizada uma associação de medicamentos na intenção de manter o controle pressórico. Essa associação pode incluir não somente anti-hipertensivos, mas também de outras classes de medicamentos como, por exemplo, o uso de diuréticos tiazídicos, bloqueadores dos canais de cálcio, beta-bloqueadores e inibidores da enzima conversora da angiotensina. De modo geral a atenção deve estar voltada para cada paciente e suas particularidades, levando em consideração para o tratamento à idade e a resposta para cada tipo de medicamento (MOCHEL et al, 2007).

Como de modo geral a maioria dos hipertensos também sofre com a obesidade e problemas como diabetes é comum que esses pacientes tenham que fazer uso de pelo menos três tipos diferentes de medicamentos incluindo o anti-hipertensivo, um antiglicemiante, um antiadesivo plaquetário, além de medicamento para hipercolesterolemia (LOPES et al., 2003).

O Ministério da Saúde propõe três estratégias para o tratamento da HAS: educação, modificação dos hábitos de vida e, se necessário, medicamentos. Portanto, é fundamental a conscientização do cliente hipertenso na adesão ao tratamento terapêutico indicado, a fim de controlar os níveis pressóricos e adquirir boa qualidade de vida (BRASIL, 2001).

Segundo uma pesquisa realizada por Strelec et al (2003), a educação em saúde é fator importante para o sucesso do tratamento hipertensivo, desta maneira é percebido que há uma orientação por parte dos profissionais de saúde seja pelo tratamento medicamentoso ou não (STRELEC et, al., 2003).

É importante salientar a esses pacientes que qualquer mudança comportamental será colaborativa com o tratamento em aspectos gerais. Realizar uma dieta pobre em carboidratos associada a exercícios físicos de carga moderada já colabora com o emagrecimento do paciente e qualquer diminuição no peso favorece a diminuição dos índices da pressão arterial, colaborando para o controle hipertensivo (LOPES et al., 2003).

Desenvolver plano de intervenção para implementação de ações individuais e coletivas, na prevenção da hipertensão e ampliação da adesão ao tratamento de forma regular e permanente é a base central deste trabalho.

#### 4.0 PLANO DE INTERVENÇÃO

A partir das informações identificadas no diagnóstico situacional e com base na literatura atual consultada foi possível propor o plano de ação como se segue.

*Desenho das operações: SENHORA DOS REMÉDIOS-MG-2013/2014*

<b>NÓ-CRÍTICO</b>	<b>CAUSAS DETECTADAS</b>	<b>OPERAÇÃO</b>	<b>PRODUTO ESPERADO</b>	<b>RESULTADO ESPERADO</b>
<b>GRANDE Nº DE HIPERTENSOS.</b>	O maior problema que enfrentamos no contexto do assunto abordado é a resistência da população frente às ações preventivas e de promoção à saúde. Vivenciamos ainda aquele processo em que a atenção curativa predomina em relação àquelas voltadas para um trabalho de promoção à saúde e prevenção de doenças.	Incentivo á boas práticas de Saúde: modificar hábitos e estilo de vida a partir de atividades de educação em saúde, rompendo as estruturas de hábitos inadequados de vida.	Campanha educativa através de encontros de grupos mensais, elaboração de material gráfico e áudio visual e formação de grupos de caminhadas e de hipertensos.	Redução em 15% do número de obesos e sedentários no prazo de um ano.

*Identificação dos recursos críticos:* Crescente aumento do número de hipertensos entre os atendimentos ministrados no ESF 3 equipe a qual integro.

*Análise da Viabilidade do Plano- SENHORA DOS REMÉDIOS-MG-2013/2014*

<b>OPERAÇÃO</b>	<b>Controle dos recursos críticos RESPONSÁVEIS DIRETOS</b>	<b>IMPORTÂNCIA</b>	<b>Operações Estratégicas</b>
Incentivo á boas práticas de Saúde: modificar hábitos e estilo de vida a partir de uma atividade de educação em saúde.	Profissionais ESF Secretário de Saúde	ALTA	Sensibilização da Secretaria Municipal de Saúde visando à implementação das ações planejadas.
	Profissionais ESF	ALTA	Fortalecer o vínculo EQUIPE x COMUNIDADE com a finalidade de promover o autocuidado.

PLANO OPERATIVO- SENHORA DOS REMÉDIOS-MG--2013/2014

<b>OPERAÇÃO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>PARCEIRO S/COAUTORES</b>	<b>PRODUTO</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>PRAZO</b>
Incentivar as boas práticas de Saúde: modificar hábitos e estilos de vida a partir de uma atividade de educação em saúde.	Lucas Mautone Campos	EQUIPE ESF E PROFIS- SIONAIS DO SETOR DE SAÚDE	Campanha educativa através de reuniões mensais, cartilhas e formação de grupos de caminhadas e de hipertensos.	Redução em 15% o número de integrantes dos grupos de risco (obesos e sedentários) no prazo de um ano.	Início em 08/2014 O projeto tem um caráter contínuo com aplicação gradativa de acordo com a realidade e a necessidade da comunidade.

<b>OPERAÇÃO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>PARCEIROS/COAUTO-RES</b>	<b>PRODUTO</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>PRAZO</b>
Aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Lucas Mautone Campos	EQUIPE ESF E PROFISSIONAIS SETOR DE SAÚDE.	Realização de campanha, através de visitas domiciliares para pacientes faltantes, verificação da regularidade das consultas de acordo com o protocolo de acompanhamento de hipertensão, verificação de participação de pacientes nos grupos de hipertensos, aumentando assim o número de atendimentos pelos grupos.	Redução em 15% o número de integrantes dos grupos de risco (obesos e sedentários) no prazo de um ano.	Início em 08/2014 O projeto tem um caráter contínuo com aplicação gradativa de acordo com a realidade e a necessidade da comunidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho enfoca a Hipertensão Arterial Sistêmica com aspectos epidemiológicos, diagnósticos, tratamento farmacológico e não farmacológico. A HAS é uma doença crônica, multifatorial, na maioria das vezes assintomática, de evolução lenta e progressiva que pode prejudicar a função de diversos órgãos nobres, como coração, cérebro, rins e olhos. A HAS constitui um grande problema social, visto que pode produzir lesões em órgãos-alvo em idade precoce e, portanto, produtiva do indivíduo, ocasionando altos danos à saúde.

No estudo efetivado pela equipe ESF 3 no município de Senhora dos Remédios, foi possível observar o crescente número de hipertensos entre os atendimentos ministrados, tornando-se necessário um destaque a este problema de saúde pública, criando-se uma consciência nova, buscando derrubar estruturas tanto na produção e consumo de alimentos, estilo de vida. Sabemos que a hipertensão, é uma doença crônica que tem fatores múltiplos como a falta de atividade física, a obesidade, o estresse além da genética, tornando-se urgente o desenvolvimento de um projeto efetivo na busca de esclarecimento populacional da necessidade de tratamento, mas principalmente da prevenção, com a aplicação de boas práticas para uma vida saudável.

Com o resgate de um padrão de vida mais saudável, em que cada um possa se responsabilizar um pouco mais por sua saúde, com uma tomada de consciência de que a prevenção e controle de doenças exige além do atendimento médico, o autocuidado, onde os profissionais da área e a comunidade construam estruturas que viabilizem um nível de consciência e interação focada em bases sólidas de tomada de atitudes concretas e efetivas, e a partir do emprego das atividades propostas que todos possam ter menos predisposição a doenças relacionadas à hipertensão e obtendo um ganho real na qualidade de vida.

O plano de ação proposto prevê a aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade, favorecendo o fortalecimento do vínculo e a atenção primária, ao mesmo tempo em que a utilização de técnicas de acolhimento e humanização garantem uma adesão maior ao processo de tratamento tanto preventivo, quanto curativo; considerando que na maioria das

UBS ainda estamos vivenciando, as visitas apenas aos acamados, detectados pelas atendedoras e/ou familiares, ficando restrito aos postos de atendimento com uma demanda espontânea crescente. Desta forma as ações propostas poderão contribuir para a efetividade das ações no que diz respeito a prevenção da HAS nesta comunidade.

## REFERÊNCIAS

AMODEO, C.L.; COSTA, N. K. **Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial**. Medicina, Ribeirão Preto, 29: 239-243, abr./set., 1996.

ANDRADE, J. P. et al. **Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v. 79, n. 4, Salvador, 2002.

BARBOSA, M. A. et al. **Efeitos do Acompanhamento de Hipertensos em um Grupo de Caminhada por Acadêmicos de Enfermagem**. ENCICLOPÉDIA BIOSFERA, Centro Científico Conhecer, v.6, n.9, Goiânia, 2010.

CAMPOS, F. C. et al. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª edição. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

DUNCAN, B.B.; FOPPA, M. Tópicos de epidemiologia clínica para o tratamento de hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.9, n.1, Rio de Janeiro, 2002.

FILHO, C. T. E.; NETTO P. M. **Geriatria fundamentos, clínica e terapêutica**. 2ª ed., Ed. Atheneu, São Paulo, 2006.

GRAVINA, C.F.; GRESPAN, S.M.; BORGES, J.L. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.14. p. 33-36, 2007.

GONÇALVES, S. et al. **Hipertensão arterial e a importância da atividade física**. *Estud. Biol.* 2007

Governo do Estado da Bahia Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (BR). Avaliação do Tratamento e Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica em Pacientes da Rede Pública em São Luís (MA). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.31, n.7, Salvador, Jan./Jun 2007.

HELENA, E. T. S.; NEMES, M. I. B.; NETO, J. E. **Fatores associados a não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, 2010.

LESSA, I. et al. **Hipertensão Arterial na População Adulta de Salvador (BA) – Brasil.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v. 87, n. 6, 2006.

LOPES, M.S.V.; SARAIVA, K.R.O.; FERNANDES, A.F.C.; XIMENES, L.B. Análise do conceito de promoção da saúde. **Revista Texto e Contexto – Enfermagem**, v.19, n.3, Florianópolis, 2010.

MANO, R. Hipertensão arterial sistêmica – Fisiopatologia. Temas mais comuns da cardiologia para médicos de todas as especialidades. **Manuais de cardiologia.** Livro virtual.

MCARDLE, W.D.; KATCH, F.I.; KATCH, V.L. **Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano.** 5 ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 1113 p.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Ação Básica. Caderno de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS e diabetes mellitus: protocolo.** Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). IV Diretriz Brasileira Sobre **Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia – v.88, Suplemento I, Abril 2007.

NETO, L. B. D. et al. Diagnóstico de enfermagem identificado em pacientes atendidos na liga de hipertensão do hospital universitário. **Revista do Hospital Universitário/UFMA**, v. 7, n. 1, Jan./Jun 2006.

NOBLAT, A. C. B. et al. Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 83, n. 4, Salvador, Out. 2004.

OLIVEIRA, FÁTIMA. **Saúde da população negra: Brasil ano 2001**, Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

PÉRES, D.S.; MAGNA, J.M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.5, São Paulo 2003.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 10ª Ed, v. 2, Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.

STRELEC, M. A. A. M., PIERIN, A. M.G., MION JUNIOR, D. **A Influência do Conhecimento sobre a Doença e a Atitude Frente à Tomada dos Remédios no Controle da Hipertensão Arterial.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v. 81, n. 4, São Paulo, 2003.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** São Paulo, SP. 2006.

SOUZA, L. J. et al. **Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos.** Arquivo Endocrinológico de Metabolismo, v. 47, n. 6, Rio de Janeiro, 2003.

TOSCANA, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.4, Rio de Janeiro, Out./Dez 2004.

ZAITUNE, M. P. A. et al. **Hipertensão arterial em idosos: prevalência dos fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, v.22, n.2, Rio de Janeiro, Fev. 2006.