

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

LÍVIA MARIA ANTUNES PINTO AZEVEDO

**EDUCAÇÃO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA DONA HELOÍNA, BRASÍLIA DE MINAS – MINAS
GERAIS**

Montes Claros/Minas Gerais
2014

LÍVIA MARIA ANTUNES PINTO AZEVEDO

**EDUCAÇÃO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA DONA HELOÍNA, BRASÍLIA DE MINAS – MINAS
GERAIS**

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

Orientador: Prof. André Luiz dos Santos Cabral

**Montes Claros / Minas Gerais
2014**

LÍVIA MARIA ANTUNES PINTO AZEVEDO

**EDUCAÇÃO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA DONA HELOÍNA, BRASÍLIA DE MINAS – MINAS
GERAIS**

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

Orientador: Prof. André Luiz dos Santos Cabral

Banca Examinadora

Prof.: Bruno Leonardo de Castro Sena - UFMG

Prof.: André Luiz dos Santos Cabral - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte 05/03/2014

RESUMO

O trabalho realizado na Estratégia de Saúde da Família Dona Heloína no município de Brasília de Minas-MG foi proposto em decorrência do elevado número de hipertensos do território associado à baixa adesão ao tratamento e acompanhamento no serviço, ausência de estratificação de risco para doenças cardiovasculares e desconhecimento dos hipertensos sobre hipertensão. O presente estudo objetiva traçar o perfil dos hipertensos do território, aumentar a adesão dos mesmos ao serviço, avaliar a importância da educação em hipertensão arterial na atenção primária, estratificar os hipertensos quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e oferecer subsídios para novos estudos. A pesquisa possibilitou, através da realização de grupos operativos, aplicação de questionários, análise de prontuários e dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, caracterizar o perfil dos hipertensos da área estudada. Foi constatada maior prevalência no sexo feminino e entre os 50 aos 70 anos de idade, grande número de obesos e sobrepeso, baixa associação com tabagismo e diabetes e principais anti-hipertensivos utilizados. Em decorrência da falta de estratificação de todos os hipertensos e de estudos randomizados, ainda não podemos afirmar a situação do risco cardiovascular do território. Identificamos que a educação em hipertensão arterial possibilitou maior entendimento sobre o tema abordado, o que garantiu aumento de 300% no atendimento mensal dos hipertensos na unidade e maior controle dos níveis pressóricos. Portanto, a educação em hipertensão arterial deve ser prática constante na atenção primária, já que traz benefícios a curto e a longo prazo, como melhor controle pressórico, e conseqüente melhora na qualidade de vida, a qual pode propiciar redução da morbimortalidade e do impacto dos custos na saúde pública.

Palavras-Chave: Educação, Hipertensão arterial, Doença Cardiovascular.

ABSTRACT

The work done in the Owner Heloína Family Health Strategy in the city of Brasilia de Minas-MG was proposed due to the high number of hypertensive territory associated with poor adherence to treatment and follow-up on service, absence of risk stratification for cardiovascular disease and lack of knowledge about their hypertensive disease. This study aims to define the profile of hypertensive planning, increasing adherence to the same service, assess the importance of education for hypertension in primary care, stratify hypertensive patients about the risks of cardiovascular disease and provide insight to new studies. The research enabled through the implementation of operational groups, questionnaires, analysis of medical records and data from the Information System of Primary Care, characterize the profile of hypertensive patients in the study area . Highest prevalence was observed in females and between 50 to 70 years, a large number of obese and overweight , low association with smoking and diabetes and major antihypertensive used . Due to the lack of stratification of all patients with hypertension and randomized studies, we can not affirm the status of cardiovascular risk territory. We identified that education in hypertension allowed greater understanding about the topic, which ensured 300% increase in monthly assistance of hypertensives in unity and greater control of blood pressure level. There fore, education in hypertension should be standard practice in primary care, as it brings benefits in the short and long term, as better blood pressure control , and consequently improves the quality of life, which may provide reduced morbidity and cost impact on public health.

Keywords: Education, Hypertension, Cardiovascular disease.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde;
AVE - Acidente Vascular Encefálico;
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde;
DCV - Doenças Cardiovasculares;
DECS – Descritores em Ciências da Saúde;
Dr. - Doutor;
ESF - Estratégia de Saúde da Família;
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica;
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio;
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano;
IECA - Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina;
IMC - Índice de Massa Corpórea;
INSS - Instituto Nacional de Seguro Social;
Km - Quilômetros;
LILACS – Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde;
MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde;
MEV - Mudanças no Estilo de Vida;
MG - Minas Gerais;
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família;
PA - Pressão Arterial;
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios;
SciELO - Scientific Electronic Library Online;
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica;
SUS - Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 JUSTIFICATIVA.....	10
3 OBJETIVOS.....	11
3.1 Objetivo Geral.....	11
3.2 Objetivos Específicos	11
4 METODOLOGIA	12
5 REVISÃO DE LITERATURA	14
6 CONTEXTUALIZANDO O TERRITÓRIO	24
7 RESULTADOS	31
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35

REFERÊNCIAS

APÊNDICE

ANEXOS

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica degenerativa de natureza multifatorial, na grande maioria dos casos assintomática, que apresenta evolução lenta e progressiva. Compromete o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores, aumentando a pressão no interior dos vasos sanguíneos, podendo ocasionar lesões em órgãos nobres como o coração, cérebro, rins e olhos. Pode, ainda, ocasionar complicações tais como o Acidente Vascular Encefálico (AVE), insuficiência cardíaca e insuficiência renal (LESSA, 2010).

A HAS vem se destacando como epidemia moderna em âmbito nacional e internacional. A prevalência estimada da hipertensão no Brasil atualmente é de 35% da população acima de quarenta anos de idade. Isso representa em números absolutos, um total de 17 milhões de portadores da doença, segundo estimativas de 2004 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A prevalência da HAS aumentou, sobretudo em mulheres, negros e idosos. Constatou-se que mais de 50% dos indivíduos entre 60 a 69 anos e aproximadamente três quartos da população acima de 70 anos são afetados por essa enfermidade (BRASIL, 2006).

Segundo Muniz *et al.*(2012), as Doenças Cardiovasculares (DCV) aparecem em primeiro lugar entre as causas de morte no Brasil e representam quase um terço dos óbitos totais e 65% do total de mortes na faixa etária de 30 a 69 anos de idade, atingindo a população adulta onde se encontra na fase produtiva. No Sistema Único de Saúde (SUS) essas patologias foram responsáveis, em 2012, por mais de 1,2 milhões de internações, representaram 10,3% do total de internações e 17% dos gastos.

Nesse contexto, a HAS aparece como uma das mais graves enfermidades entre as doenças crônicas não-transmissíveis, sendo responsável direta e indiretamente por um elevado número de óbitos no mundo moderno. É uma doença multifatorial e que possui curso assintomático e prolongado, sendo de detecção quase sempre tardia. Mesmo apresentando proporções epidêmicas, a HAS apresenta diagnóstico simples e de alcance a todos. A dificuldade para controle e adesão decorre, provavelmente, do curso assintomático e crônico da doença, além do desconhecimento da população sobre a enfermidade.

Os profissionais de saúde devem elaborar estratégias para aumentar a adesão dos hipertensos ao tratamento. Nesse sentido, a educação popular em

saúde tem construído uma significativa caminhada junto ao espaço de gestão do SUS. Desde 2003, o Ministério da Saúde identifica e reconhece o papel da educação popular em saúde (BRASIL, 2004). Atualmente, a educação popular em saúde é apresentada como uma opção político-metodológica pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde na busca do fortalecimento da gestão do SUS, apostando no protagonismo popular e na ampliação da democracia do Sistema.

No território atual de abrangência, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) Dona Heloína é uma unidade urbana situada no município de Brasília de Minas – Minas Gerais (MG) que engloba 3.315 pessoas e 950 famílias, sendo composta por oito micro-áreas. Dessa população, 446 são hipertensos. De acordo com o IBGE (2004), a principal causa de morte é devido doenças cardiovasculares.

Os principais problemas que acometem o território são o grande número de hipertensos; desconhecimento dos mesmos sobre a doença, o que compromete seu diagnóstico, tratamento, rastreamento de complicações e acompanhamento; baixa adesão aos serviços da ESF e ao tratamento da HAS, prejudicando a continuidade dos cuidados; ausência de estratificação de risco individual para os hipertensos conforme o escore de Framingham. O que se observa é a busca pelos serviços apenas diante de condições agudas e/ou crônicas agudizadas. A maioria dos pacientes hipertensos desconhece os riscos da enfermidade, até mesmo sobre o que é a doença, seus sintomas e importância do tratamento. Logo, não procuram o serviço para o controle adequado, revisões de rotina, análise dos medicamentos, acompanhamento com educador físico e nutricional e avaliação da pressão arterial, verificação dos níveis de glicemia e dos riscos para DCV. A maioria, por desconhecimento ou falta de interesse, apenas comparece à unidade a cada trimestre para renovação (sem avaliação médica) de receitas. Essas que muitas vezes se encontram ultrapassadas e/ou inadequadas.

Diante disso, estratégias foram criadas para contornar esse problemas, baseando-se principalmente na educação dos hipertensos, visando identificar a eficiência dessa no cotidiano.

2 JUSTIFICATIVA

A HAS é uma enfermidade prevalente no território da ESF Dona Heloína. Essa que é uma doença crônica que, se não tratada e acompanhada adequadamente, causa grande morbimortalidade, redução da qualidade de vida, altos custos com internações e tratamentos hospitalares, além de forte impacto na relação social e familiar. Todas essas conseqüências ocorrem a curto e longo prazo, aumentando exponencialmente o risco de DCV (infarto agudo do miocárdio e AVE) e outras sérias complicações como cegueira, insuficiência renal crônica, trombose, dentre outros. Estratificar esses pacientes é extremamente importante para se identificar os riscos para DCV em um período de dez anos e, a partir disso, tomar as medidas preventivas e terapêuticas. A educação em HAS visa maior adesão ao tratamento e, conseqüentemente, redução da morbimortalidade e de lesões em órgãos-alvo, melhoria da qualidade e da expectativa de vida, redução dos gastos com internações e prevenção de doenças crônicas. Portanto, é de suma importância a realização deste trabalho a fim de promover, restaurar e manter uma qualidade de vida saudável a essa população alvo e reduzir, a longo prazo, as DCV.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Promover e avaliar a importância da educação em hipertensão arterial na atenção primária de saúde.

3.2 Objetivos Específicos

- Aumentar a adesão dos hipertensos da ESF Dona Heloína do município de Brasília de Minas - MG aos serviços de saúde e aos tratamentos medicamentosos e não medicamentosos;
- Estratificar os hipertensos quanto aos riscos de DCV de acordo com o escore de Framingham;
- Traçar o perfil dos hipertensos da ESF Dona Heloína;
- Oferecer subsídios para a continuidade de estudos nesta temática para a promoção e atenção à saúde.

4 METODOLOGIA

O trabalho foi pautado pelo método de planejamento estratégico situacional, sendo um estudo observacional e transversal.

Para a seleção de artigos incluídos na revisão foi utilizado a busca através de bases de dados do LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) através dos sites BIREME e ScieELO. Utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): hipertensão, doença cardiovascular, educação em saúde. Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos com texto completo, artigos que apresentassem o descritor hipertensão e pelo menos um dos demais DECS, artigos publicados no período de 1989 a 2013. Dentre os critérios de exclusão estão: resumos de artigos e aqueles não disponíveis pela internet.

Também foram utilizados livros texto, diretrizes e Cadernos de Atenção Básica publicados entre 2004 a 2013 com a temática hipertensão arterial. A seleção dos trabalhos foi direcionada para a idéia principal do texto, sendo realizada a leitura do título e resumo para que fosse avaliada a adequabilidade de acordo com os DECS.

A população alvo deste estudo é composta por todos os hipertensos do território adstrito, com diagnóstico prévio de HAS, de ambos os gêneros e de todas as idades, o que corresponde a 446 hipertensos cadastrados, e que compareceram aos grupos operativos sobre HAS e à consulta médica.

Para tanto, foram realizados grupos operativos sobre educação em hipertensão arterial ministrados pela médica. Devido ao grande número de pacientes, se fez necessário dividi-los de acordo com sua micro-área. Essa que teve o seu dia agendado para a realização da palestra, na qual ocorreu semanalmente, durante 8 semanas.

Antes dos grupos operativos, algumas variáveis foram analisadas como: idade, sexo, níveis de Pressão Arterial (PA), tipo de terapia medicamentosa, associação com tabagismo e diabetes. Avaliamos os níveis pressóricos, peso, altura, Índice de Massa Corpórea (IMC), circunferência abdominal dos indivíduos que compareceram as reuniões além da distribuição de cartões de controle pressórico e glicêmico. A médica aplicou questionário (Apêndice) para 70 pacientes que

compareceram aos grupos operativos, eleitos aleatoriamente entre todas as microáreas. Esse contém seis perguntas, descritas em linguagem simples e acessível para a população leiga, a fim de avaliar os conhecimentos da população sobre HAS antes e após a reunião. Além disso, também foi aplicado a escala de Framingham para todos os hipertensos, a fim de avaliar os riscos cardiovasculares individuais em um período de dez anos.

As palestras abordaram sobre HAS, orientando a população sobre a doença (o que é, fatores de risco, sintomas, diagnóstico, tratamento, complicações) e, principalmente, enfatizando a importância do uso correto das medicações, avaliações de rotina, medidas freqüentes da PA, atividades físicas regulares e uma dieta saudável.

Aqueles que não compareceram aos grupos, foram avaliados os prontuários manuais e, também, durante as consultas médicas foram classificados quanto aos riscos cardiovasculares e IMC. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram capacitados para abordarem estes pacientes que não compareceram nas palestras.

A adesão desses pacientes às consultas médicas, de enfermagem e aos demais serviços disponibilizados na unidade foram analisados através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e dos resultados na prática quanto aos ensinamentos abordados (controle dos níveis pressóricos anotados no cartão de controle, uso regular da medicação, mais consultas e retornos para avaliação, adesão às caminhadas/alongamentos).

5 REVISÃO DE LITERATURA

Nas últimas décadas, houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com aumento dos óbitos causados por doenças crônico-degenerativas e causas externas. Nesse contexto, as DCV passaram a ser as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo mundo e, entre os fatores de risco para DCV encontra-se a HAS (GUEDES, *et al.*, 2011).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se freqüentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais a curto ou longo prazo. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada como um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por DCV aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. A prevalência estimada no Brasil da HAS é em média de 32,5%, entre os adultos, sendo maior proporcionalmente à idade. Quanto ao gênero, apresenta uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010, p.7).

Dados do Ministério da Saúde (2001) apontam que, na década de 80, mais precisamente no ano de 1988, quase 60% das mortes em todo mundo foram provocadas pela HAS. Outro dado preocupante indica que, em 2020, esse quadro poderá se agravar, chegando a 73% das mortes provocadas por doenças crônicas não transmissíveis.

A HAS apresenta prevalência de 15 a 20% na população adulta e 50% na população idosa. Por acometer uma parcela significativa de indivíduos em plena fase produtiva, ganha especial relevância que, da população hipertensa, apenas 50% tem o diagnóstico e destes, metade recebe tratamento e apenas 25% tem sua PA adequadamente controlada. Além disso, os dados da literatura indicam que 25% dos pacientes com HAS não aderem ao tratamento (GIROTTI *et al.*, 2013)

De acordo com o documento **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus** (2002, grifo nosso) elaborado pelo Ministério da Saúde, a HAS e a diabetes representam dois dos principais fatores de risco das DCV contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional.

Esse mesmo documento traz dados estatísticos que comprovam que 85% dos pacientes que sofreram AVE e 40% das vítimas do IAM apresentaram HAS associada. Além disso, o documento do Ministério da Saúde **Relatório Técnico da Campanha Nacional de Detecção de Suspeitos de Diabetes Mellitus** (2001, grifo nosso) apresentam dados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) que comprovam que 40% das aposentadorias precoces do país são decorrentes do controle inadequado dos níveis de PA, que por sua vez acarretam graves complicações tais como aterosclerose, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), AVE, insuficiência renal crônica e a insuficiência cardíaca.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, dedicado a HAS, do Ministério da Saúde, de 2006, a HAS é:

A hipertensão é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por mais 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabete, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006, p.09).

Após o desenvolvimento da técnica esfigmomanométrica por Riva - Roca, em 1896, e da descrição de Korotkoff, em 1913, observou-se que níveis muito elevados de PA estavam associados a um alto risco de eventos cardiovasculares como insuficiência cardíaca congestiva, encefalopatia, insuficiência renal progressiva, AVE e morte precoce. Volhard e Fahr, em 1914, classificaram a HAS em maligna aquela que apresentava níveis muito altos de PA e benigna como níveis pouco elevados de PA, descrevendo a primeira como uma doença de curso rapidamente progressivo, levando à morte em meses ou poucos anos, e a segunda como uma entidade de curso mais indolente. Todavia, a forma dita benigna desde cedo foi reconhecida como uma doença causadora de morbidade e mortalidade cardiovascular após um período de 10 a 20 anos de evolução. Diante disso, era preciso a instituição terapêutica para esses casos.

As primeiras tentativas terapêuticas anti-hipertensivas, na década de 40, foram direcionadas à hipertensão maligna, logo comprovando - se que a redução da PA nesses pacientes aumentava significativamente a sobrevida deles. Inicialmente, utilizou-se apenas a restrição de sal na dieta e, posteriormente, obtiveram-se bons resultados com a cirurgia de simpatectomia e, finalmente, com as primeiras drogas

anti-hipertensivas. Os Tiocianatos, o antimalárico Pentaquina, o Veratrum e os Pirogênios foram utilizados com eficácia, porém com importantes inconvenientes. O tratamento a longo prazo dos hipertensos benignos passou a ser realizado com drogas, tais como Reserpina, Hidralazina e a Hidroclorotiazida mostrando benefícios. Estava claro que a redução da PA, mesmo nos hipertensos benignos, tinha importante efeito na redução da morbimortalidade cardiovascular, contudo foi necessária uma série de ensaios clínicos controlados, prospectivos e randomizados para que o fato fosse confirmado (PORTO, 2005).

O primeiro grande ensaio clínico que provou o benefício da terapia anti-hipertensiva foi o *Veterans Administration Cooperative Study* iniciado em 1963 e publicado em 1967, em que 523 pacientes foram randomizados para que um grupo tomasse placebo e o outro um anti-hipertensivo (Hidroclorotiazida, Reserpina ou Hidralazina). Muitos outros ensaios clínicos com grande número de pacientes se sucederam, os primeiros utilizando diuréticos Tiazídicos e Betabloqueadores, e os últimos realizados com antagonistas de cálcio, Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA) e antagonistas da Angiotensina II tendo mostrado significativa prevenção de eventos cardiovasculares e redução da mortalidade (LOPES,2009). Atualmente, segundo VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010, grifo nosso), a HAS é considerada uma doença cardiovascular crônica, a mais comum, responsável direta e indiretamente pela maior parte dos eventos cerebrovasculares, cardíacos e renais da população mundial, muitos deles preveníveis pelo precoce e adequado tratamento desta doença

Conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) divulgados pelo IBGE em 2010, apontam que 59,5 milhões de brasileiros possuem pelo menos uma doença crônica, sendo a HAS citada em 14% dos casos. Atualmente existe aumento importante da prevalência da HAS nas crianças e nos adolescentes impulsionada pela obesidade e alterações de hábitos de vida (sedentarismo, tipo de alimentação...). A raça é fator determinante para a HAS, sendo mais comum e mais grave em negros, além da genética, tabagismo, alcoolismo e período pós-menopausa. Em 95% dos casos a causa é desconhecida sendo chamada de HAS primária ou essencial; os outros 5% constituem o grupo de hipertensos cuja causa é conhecida (secundária). As principais causas de hipertensão secundária são as doenças renovasculares, apnéia obstrutiva do sono, hipo ou hipertireoidismo, síndrome de Cushing, coarctação de aorta,

feocromocitoma, hiperaldosteronismo primário, hiperparatireoidismo, acromegalia, uso de anticoncepcionais orais, dentre outras. Essas causas, na maioria dos casos, quando tratadas curam a HAS (LOPES, 2009).

Pela natureza assintomática desta doença, grande parte da população hipertensa não é diagnosticada até apresentar o seu primeiro evento cardiovascular (geralmente AVE isquêmico). Fato que demonstra a gravidade da doença e a transforma em um grande problema de saúde pública que necessita de diagnóstico precoce, tratamento, controle e acompanhamento contínuo (BRASIL, 2006).

O diagnóstico é estabelecido por meio da correta aferição da PA, eliminando possíveis causas que possam alterá-la (exercício físico, estresse físico e emocional, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, drogas e cafeína, bexiga cheia, ato de falar durante a aferição), usando esfigmomanômetro calibrado e adequado para o paciente. Conforme dados extraídos da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010, grifo nosso), recomenda-se manter repouso de pelo menos cinco minutos em ambiente calmo, evitar que o paciente esteja com a bexiga cheia, não praticar exercícios físicos de sessenta a noventa minutos antes de aferir a PA, não ingerir bebidas alcoólicas ou café, não fumar até trinta minutos antes da aferição, manter pernas descruzadas e pés apoiados no chão, remover roupas do braço no qual será aferido a PA, posicionar o braço na altura do coração e solicitar que o paciente não fale durante a medida.

Devido à variabilidade fisiológica da PA conforme o horário do dia e com esses fatores descritos, o médico necessita obter a média dos níveis tensionais de vários valores aferidos, em diferentes situações e momentos para confirmar o diagnóstico segundo critérios pré-definidos pela VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010, grifo nosso): média entre duas medidas da PAS, em pelo menos duas consultas, com níveis iguais ou maiores que 140/90 mmHg.

É necessário excluir a hipertensão do jaleco branco e hipertensão mascarada, pois interferem no diagnóstico correto. A hipertensão do jaleco branco consiste níveis tensionais elevados (maior ou igual a 140/90 mmHg) apenas quando um profissional de saúde aferir a pressão do paciente, mantendo valores normais quando aferida em casa por amigos ou familiares. A Hipertensão mascarada é definida como valores normais da PA no consultório (menores que 140/90 mmHg), porém com PA elevada pela monitorização ambulatorial durante o período de vigília

ou na monitorização residencial (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

Após o diagnóstico, é de suma importância o estadiamento da PA conforme os níveis tensionais médios (em duas ou mais consultas) para pacientes que não estão em uso de anti-hipertensivos, pois contribuirá para tratamento e acompanhamento dos mesmos (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010). É realizada com base na classificação internacional da PA conforme o VII Joint (2003) (Quadro 1) ou classificação da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (Quadro 2).

Quadro 1: Classificação da Hipertensão arterial conforme VII Joint (2003)

Aferições médias da PA	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Pressão arterial normal	<120	<80
Pré-hipertenso	120-139	80-89
HAS estágio 1(leve)	140-159	90-99
HAS estágio 2 (mod./grave)	≥160	≥100
Hipertensão sistólica isolada	≥140	<90

Fonte: *Joint National Comitee of High Blood Pressure* (2003, p.12)

Quadro 2: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório em maiores de 18 anos.

Classificação	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
HAS estágio 1	140-159	90-99
HAS estágio 2	160-179	100-109
HAS estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	<90

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010, p.15)

Para todo hipertenso devemos obter história clínica completa, com especial atenção ao tempo do diagnóstico e tratamentos prévios da HAS, outros fatores de risco cardiovascular, indícios de hipertensão secundária e de lesões de órgãos-alvo (clínica ou subclínica), aspectos socioeconômicos e características do estilo de vida do paciente. O exame físico deve ser minucioso, buscando sinais sugestivos de lesões de órgãos-alvo e de hipertensão secundária. Todo hipertenso deve realizar exame de fundo de olho na primeira consulta e, no mínimo, anualmente. Com relação aos exames complementares, devemos ter uma avaliação laboratorial básica de todos os pacientes realizados com intervalo mínimo de um ano para hipertensos de baixo risco cardiovascular. Essa avaliação é de suma importância para redução de eventos cardiovasculares, prevenção e detecção precoce de lesões de órgãos-alvo (LOPES, 2009).

Os principais fatores de risco cardiovasculares e de lesões de órgão-alvo que devem ser identificados são: idade (homem com mais de 55 anos e mulher acima de 65 anos), tabagismo, colesterol total acima de 200mg/dl, triglicérides acima de 150mg/dl, diabetes, história familiar prematura de DCV (homem com menos de 55 anos e mulher abaixo de 65 anos), sedentarismo, obesidade, microalbuminúria, taxa de filtração glomerular <60 ml/minuto, AVE prévio, doença renal crônica, doença arterial periférica, retinopatia hipertensiva, hipertrofia do ventrículo esquerdo, insuficiência cardíaca, angina ou infarto agudo do miocárdio prévio (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

O risco em um indivíduo é conseqüência da presença, interação e potencialização de todos os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de doença aterosclerótica, salientando que o risco cardiovascular é muito mais alto do que a somatória do risco de cada um dos fatores isolados citados acima (BRASIL, 2006).

O objetivo do cálculo do risco cardiovascular global é identificar os indivíduos que devem ser aconselhados e receber tratamento para prevenir DCV, bem como estabelecer o nível de agressividade das ações baseadas no risco (intervenções de baixa, moderada ou alta intensidade). Foram criadas escalas de avaliação do risco cardiovascular global, instrumentos que permitem quantificar o risco de determinado indivíduo, resultante da presença simultânea de vários fatores cardiovasculares. O instrumento para avaliação mais utilizado é escore de risco de Framingham revisado (ANEXOS A e B). Esse que avalia: idade, sexo, diabetes, tabagismo, PA (tratada e não tratada), colesterol LDL e HDL. Deve ser feito o somatório dos pontos encontrados em cada passo e o escore final, levado à última etapa, dará o risco estimado de desenvolver doença coronariana em dez anos para homens e mulheres. Entre os indivíduos sem indicadores de alto risco pode-se estimar pela escala de Framingham aqueles de baixo risco (probabilidade abaixo de 10% de infarto ou morte por doença coronariana no período de 10 anos), intermediário (probabilidade de 10-20% de infarto ou morte por doenças cardiovascular no período de 10 anos) e alto (risco acima de 20% de infarto ou morte por doença cardiovascular no período de 10 anos) (BRASIL, 2006).

O risco cardiovascular global deve ser calculado naqueles indivíduos considerados de risco de desenvolver doença aterosclerótica, ou seja, tem fatores de risco, mas sem doença estabelecida. Nos casos considerados de alto risco (com doença aterosclerótica estabelecida), o cálculo do risco cardiovascular global não é utilizado para avaliar o grau de risco, uma vez que este já é conhecido, mas pode ser útil para avaliar o benefício das intervenções terapêuticas usadas, ao permitir comparar um valor prévio de risco com um segundo, obtido após terapêutica (BRASIL, 2006).

Após o diagnóstico, avaliação e estratificação do risco de DCV, é necessário a instituição terapêutica nesses pacientes. Ao tratar um hipertenso, o objetivo primordial é a redução dos riscos de morbimortalidade cardiovascular. As evidências apontam para a regra: quanto maior o risco cardiovascular total do paciente, maior

será o benefício da terapia anti-hipertensiva (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

A decisão terapêutica é baseada no risco cardiovascular do paciente e em seus níveis pressóricos. A mudança dos hábitos de vida (tratamento não medicamentoso) está sempre indicada, mesmo nos pré-hipertensos, e consiste em: controle do peso (índice de massa corpórea entre 18,5 – 24,9 Kg/m²), consumir dieta rica em frutas e verduras e alimentos com baixa densidade calórica, rica em laticínios não gordurosos e baixo teor de gorduras saturadas e totais, redução do consumo de sal (2 a 5 g/dia), moderação no consumo de álcool (doses máximas de 30g/dia de álcool para homens e 15g/dia para mulheres) e atividades físicas regulares (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010). Conforme Rolim (2005, grifo nosso), pessoas que deixam de ser sedentárias, passando por um processo de atividade física, ainda que pequeno, conseguem retardar em até 40% o risco de morte por DCV. Essas mudanças são de suma importância para o tratamento e devem ser estimuladas e praticadas por toda população, sobretudo os hipertensos. Por isso é importante a orientação e educação da comunidade sobre a hipertensão e hábitos que melhoram a qualidade de vida e bem estar. A terapia medicamentosa será indicada seguindo critérios médicos. De modo geral, os indivíduos sem risco adicional para DCV se beneficiam de tratamento não medicamentoso isolado, os de baixo risco devem seguir o tratamento não medicamentoso isolado por até seis meses e, se não atingirem a meta, associar o tratamento medicamentoso, já os de médio e alto risco devem seguir o tratamento medicamentoso e não medicamentoso (BRASIL, 2006).

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. Mudanças no Estilo de Vida (MEV) são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com pressão arterial limítrofe (sistólica entre 130 a 139 mmHg e/ou diastólica entre 85 a 89 mmHg). As MEV reduzem a pressão arterial e glicemia, bem como a mortalidade cardiovascular (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010, grifo nosso) o tratamento objetiva manter a PA nos hipertensos estágios 1 e 2 com risco cardiovascular baixo e médio com valor abaixo de 140/90 mmHg; hipertensos com risco de DCV alto e muito alto ou com três ou mais fatores de risco, diabetes,

síndrome metabólica ou lesões em órgãos-alvo com PA de 130/80 mmHg e hipertensos com insuficiência renal com PA de 130/80 mmHg.

A questão da não adesão ao tratamento é citada por Car e Pierin (1991, grifo nosso) como fator que dificulta o tratamento da HAS no mundo inteiro, ultrapassando as barreiras culturais. Magna Bosco (2007) apresenta uma definição para o termo adesão, como sendo a palavra que representa o seguimento do tratamento proposto e que ocorre quando as recomendações médicas ou de saúde coincidem com o comportamento do indivíduo, uso correto da medicação, respeito a dieta prescrita, MEV e acompanhamento médico.

Rodondi *et al.* (2006), apud Melo Neto (2006) afirma que, a despeito de todo conhecimento atualmente acumulado, o percentual de pacientes hipertensos que conhecem sua condição, é tratado e apresenta níveis de PA controlados, ainda é muito baixo. Melo Neto (2006) acredita que diversas razões podem ser implicadas nas baixas taxas de controle da PA, como o indivíduo desconhecer sua condição de hipertenso, não adesão ao tratamento pelo paciente, não modificação no estilo de vida, utilização inadequada dos fármacos e terapêutica inadequada.

Também Dell' Acqua *et al.* (1997) desenvolveu um estudo com uma amostra de 66 sujeitos. Nessa amostra foi possível verificar que 5% dos participantes não conseguiram conceituar HAS. Por outro lado, foi possível concluir que grande parte dessa amostra apresentou conceitos vagos e pouco elaborados a respeito da enfermidade.

Segundo Pierin (1989), o fato dos pacientes conhecerem de forma inadequada ou apenas parcialmente os riscos da HAS não controlada pode ser um fator que favorece a não adesão ao tratamento. Os participantes do seu estudo apontaram o AVE e IAM com as complicações mais conhecidas a despeito da doença hipertensiva.

Car *et al.* (1991) afirma que apenas um terço dos pacientes sempre tomam a medicação conforme prescrição médica, outros raramente e outros nunca tomam. Aponta que a principal dificuldade no atendimento dos hipertensos é a não adesão ao tratamento. Conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (2008), apenas 50% dos hipertensos que conhecem o diagnóstico, realiza o tratamento corretamente.

O insucesso terapêutico da não adesão e conseqüente descontinuidade do plano terapêutico tem sido a causa mais freqüente de HAS resistente, sobretudo no município de Brasília de Minas, particularmente na ESF Dona Heloína.

Rabelo (1999) afirma que, dentre as políticas públicas para o controle da HAS, a educação em saúde tem sido apontada como uma das formas para estimular a adesão ao tratamento, reforçando a importância da mediação e da interação entre pessoas, o que reforça a contribuição da equipe de saúde no processo de recuperação dos hipertensos, visto que o tratamento exige motivação, perseverança e educação continuada.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2006, nº 15), os profissionais de saúde tem importância primordial nas estratégias de controle dessa enfermidade, tanto na definição do diagnóstico clínico quanto na conduta terapêutica e também nos esforços requeridos para informar e educar o portador de HAS.

As ações em educação em saúde visam fazer com que a população desperte para o real valor da saúde, estimulando-os a serem co-responsável pelo processo saúde doença. Busca-se, com isso, a ampliação do vínculo e do grau de autonomia dos usuários, ou seja, a aumento da capacidade de compreenderem e atuarem sobre si mesmos e sobre a vida, saber lidar com a subjetividade, de compreenderem seu processo saúde-enfermidade, saber usar o poder e estabelecer compromissos e contratos com outras pessoas (CAMPOS, 2003). A educação em saúde pode ser uma valiosa ferramenta na busca de melhor qualidade de vida para os portadores de doenças crônicas e prevenir doenças agudas (SOARES, 2004).

O Ministério da Saúde propõe que a ESF desenvolva processos educativos através dos grupos, voltando à recuperação da auto-estima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do auto-cuidado (BRASIL, 1997).

Os grupos operativos foram sistematizados por Pichon-Riviére e definidos como um conjunto de pessoas que estabelecem vínculos entre si centralizam-se em uma determinada tarefa: possibilitar a aprendizagem para mudanças de comportamento, a cura, identificar obstáculos que impedem o processo de adesão ao tratamento (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

6 CONTEXTUALIZADO O TERRITÓRIO

Brasília de Minas é um município brasileiro do estado de MG, que abrange a mesorregião do norte de MG e a macrorregião de Montes Claros - MG. De acordo com o censo realizado pelo IBGE (2010), sua população é de 31.213 habitantes. Destes, 20.675 residem na zona urbana e 10.538 na zona rural.

A cidade se localiza a 452 quilômetros (km) de Brasília-DF, 540 km de Belo Horizonte - MG, 103 km da cidade de Montes Claros - MG, 58 km de São Francisco-MG e 37 Km de Mirabela - MG.

A atual administração é realizada pelo prefeito Jair Oliva Júnior, já em seu segundo mandato. O secretário de saúde e gestor do SUS municipal denomina-se Edinando Rodrigues Lopes, já a coordenação da atenção básica e saúde bucal estão sob responsabilidade da odontóloga Laisy Botelho Escobar Sousa.

Segundo alguns historiadores, o município se originou do desmembramento de uma primitiva povoação da freguesia de Morrinhos, a mais antiga da margem do rio São Francisco. Devido a isso, foi criada a paróquia de Sant'Ana de Contendas. Esta denominação se deveu às desavenças entre os habitantes sobre a escolha do local onde seria construída a igreja. O Arraial de Contendas foi elevado a vila em 1890. Em 1901, passou a ser chamada Vila de Brasília e, em 1923, teve o nome reduzido para Brasília. Com a transferência da capital da república para o Planalto Central, a cidade cedeu gentilmente seu nome para a futura capital, em um acordo político entre o presidente Dr. Juscelino Kubitschek e o então prefeito de Brasília de Minas, Dr. Cassiano, que gerou uma leve mudança no nome da cidade. Para não abrir mão totalmente de seu nome, decidiu-se, em 1962, por meio da Lei 2694, nomear a cidade como Brasília de Minas. Para cumprimento de tal acordo foi informado em documento assinado pelo presidente Juscelino e Oscar Niemeyer a construção de uma estrada que ligaria Brasília de Minas a Brasília e esta receberia o nome de a Estrada da Integração.

O município engloba uma área geográfica de 1.399 Km², destes, 4,48 Km² são da área urbana e 1.394,20 Km² da área rural. Apresenta densidade de 22,32 habitantes por Km². Atualmente, residem 5.559 famílias na zona urbana e 2.690 na zona rural, totalizando 8.249 famílias/domicílios particulares.

As principais atividades econômicas baseiam-se predominantemente na agricultura (cana de açúcar, tomate, banana, abacaxi, dentre outros), pecuária

(galináceos, bovinos e suínos), indústrias diversas e serviços gerais. Demonstra economia semelhante à nacional, com renda mensal per capita de R\$461,54 para a população urbana e R\$ 281,39 para a rural, com média de R\$403,12 por habitante. Possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,798, Produto Interno Bruto (PIB) de R\$188.275 e PIB per capita de R\$ 2.881. Consta uma taxa de urbanização de 58,08%, com percentual de abastecimento de água tratada e recolhimento de esgoto por rede pública de 97,79% e 76,10%, respectivamente, na população urbana.

A população usuária da assistência à saúde no SUS no ano de 2004 era de 56,65% (saúde da família) e 100% para as equipes de saúde bucal. Atualmente, a ESF tem uma cobertura de 100% da comunidade, mantendo a cobertura para saúde bucal.

Os conselhos municipais de saúde são realizados mensalmente e compostos por 50% de usuários e os demais 50% são distribuídos entre profissionais de saúde, prestadores de serviço e representantes do governo. Fundo municipal de saúde em 2011 foi de R\$287.401,46. No ano de 2012, foram repassados para a atenção básica R\$4.052.729,46, para a média e alta complexidade R\$118.800,00, assistência farmacêutica R\$165.433,80, vigilância em saúde R\$194.964,46 e R\$870.180,00 para investimentos gerais.

As ESF foram implantadas no ano de 1996. Hoje, consta com onze equipes, sendo três localizadas na zona rural, um centro de saúde e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Dispõe do centro Viva Vida de atenção secundária, centros psicossociais e o centro Mais Vida (referência para idosos). O sistema de referência e contra referência teoricamente deveria operar, contudo, na prática, não o observamos com êxito. Quanto a rede de média e alta complexidade, existem dois hospitais (Municipal Senhora Santana e o São Vicente), hemodiálise (Pró-rim) que realiza atendimentos e procedimentos para a cidade e região, além de clínicas especializadas.

As ESF e os centros de saúde funcionam de segunda à sexta, de 07 às 11h e das 13 às 17h. Existem duas ESF que funcionam em regime de plantão noturno, com horário extra até às 22h. Os hospitais funcionam durante 24h, diariamente. Das onze ESF estabelecidas, dez possuem o certificado de qualidade da atenção básica avaliado pelo programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB).

Dos profissionais atuantes no município, alguns são funcionários contratados pela prefeitura, outros são efetivos por meio de concursos públicos e alguns enviados através de programas estaduais e federais. São oitenta e dois ACS cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), onze enfermeiros responsáveis pelas unidades e onze médicos.

A população usufrui de água encanada, luz elétrica, telefonia, correios e bancos (Banco do Brasil e Bradesco). O município apresenta dois laboratórios cadastrados no CNES, um asilo, duas clínicas de fisioterapia, vigilância sanitária, centros de atenção psicossocial, dez escolas, três faculdades (Unimontes, Universidade Castelo Branco e Unopar virtual). Os principais atrativos turísticos são: Cachoeira do Riacho, Barragem de São Lourenço, Praça da Igreja Matriz de Santana.

No território atual de abrangência, a ESF Dona Heloína é uma unidade urbana que engloba 3.315 pessoas e 950 famílias, sendo composta por oito micro-áreas. Segundo dados da prefeitura do município, é uma área de classe média baixa à baixa, os moradores residem em casas humildes, entretanto, com condições sanitárias adequadas e, em 2012, aproximadamente 80% da população é alfabetizada. Como fonte de renda, a maioria é prestador de serviço e trabalhadores rurais. De acordo com o IBGE (2004), a principal causa de morte é devido doenças cardiovasculares.

A ESF Dona Heloína localiza-se na rua Alírio Cardoso, 233, Bairro Dona Joaquina, Brasília de Minas-MG. Funciona de Segunda à Sexta, das 7 às 11h e das 13 às 17h. A equipe consta com oito ACS, duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira, uma médica, uma técnica e uma auxiliar de odontologia, uma auxiliar de serviços gerais e um odontólogo. A área física é composta por uma sala com função de recepção e triagem, quatro quartos sendo utilizados como consultório médico, de enfermagem, de odontologia e sala de curativos/procedimentos, uma copa, dois banheiros e um cômodo no fundo da instalação equipado com autoclave com finalidade de esterelização de materiais.

Na ESF Dona Heloína a maioria dos pacientes hipertensos desconhece os riscos da enfermidade, até mesmo sobre o que é a doença, seus sintomas e importância do tratamento. Logo, não procuram o serviço para o controle adequado, revisões de rotina, análise dos medicamentos, acompanhamento com educador físico e nutricional e avaliação da pressão arterial, verificação dos níveis de glicemia

e dos riscos para DCV. A maioria, por desconhecimento ou falta de interesse, apenas comparece à unidade a cada trimestre para renovação (sem avaliação médica) de receitas. Essas que muitas vezes se encontram ultrapassadas e/ou inadequadas.

Diante destes problemas identificados, as principais estratégias discutidas e adotadas na equipe consistem:

- Realizar grupos operativos sobre educação em HAS, explicando aos portadores desta enfermidade sobre o que significa esta doença, suas causas, sintomas, diagnóstico, importância da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, complicações e avaliações médicas anuais.
- Aplicar um questionário simples (APÊNDICE) para identificar o conhecimento da população sobre HAS antes e após os grupos operativos, a fim de avaliar a compreensão dos mesmos sobre o assunto abordado e, conseqüentemente, a efetividade dos grupos operativos.
- Estratificar os hipertensos quanto aos riscos de DCV de acordo com o escore de Framingham. Assim, poderemos acompanhar os usuários de alto risco de forma mais freqüente e próxima, rastrear, diagnosticar, tratar e prevenir agravos.
- Estimular atividades físicas a esta população alvo e maior adesão aos grupos de alongamento e caminhadas assistidas já ofertadas na unidade.
- Avaliar através do SIAB a adesão às consultas médicas após os grupos operativos e os resultados na prática quanto aos ensinamentos abordados.

Quadro 3 - Operações para os nós críticos da comunidade.

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados
Desconhecimento da população sobre HAS. Baixa adesão ao tratamento e falta de comparecimento à ESF.	Realizar grupos operativos a fim de informar sobre HAS para os hipertensos. Melhorar o hábito do controle pressórico, alimentar e atividades físicas.	População mais informada sobre HAS e, conseqüentemente, aumentar adesão ao tratamento e a demanda para avaliações médicas, a fim do controle das patologias citadas e redução dos riscos para DCV.	Analisar o conhecimento da população sobre HAS antes e após os grupos operativos através de um questionário. Avaliar através do SIAB a adesão da população alvo e os resultados na prática sobre os ensinamentos.
Ausência de estratificação de risco dos hipertensos.	Estratificar tais pacientes de acordo com escore de Framingham	Acompanhar de forma mais próxima os pacientes de alto risco e evitar complicações/DCV. Bom controle com adequada estratificação.	Aplicar escala de Framingham

Fonte: Autoria Própria (2014).

Quadro 4 - Operações para os nós críticos da comunidade.

Nó Crítico	Recursos necessários
<p>Desconhecimento dos hipertensos sobre HAS. Baixa adesão ao tratamento e falta de comparecimento à ESF.</p>	<p>Organizacional → disponibilização de sala de reunião, retroprojeto; nutricionista, médico, enfermeiro para os grupos operativos. Ajuda dos ACS para avisarem os hipertensos sobre os grupos operativos.</p> <p>Poder → Não há.</p> <p>Cognitivo → Capacitação dos profissionais de saúde. Confeção do material (slide) educativo e dos questionários. Econômico → Confeção e cópias dos questionários.</p>
<p>Ausência de estratificação de risco dos hipertensos.</p>	<p>Organizacional → disponibilização de sala de reunião. Liberar o médico, enfermeiro e ACS para estratificação.</p> <p>Econômico → Confeção e cópias da estratificação de risco, além de exames laboratoriais.</p> <p>Cognitivo → Treinamento e atualização no assunto.</p> <p>Poder → Autorizar turnos para estratificação de risco.</p>

Fonte: Autoria Própria (2014).

Os recursos necessários para que estas soluções sejam colocadas em prática são: disponibilização de sala de reuniões para realização dos grupos operativos (a unidade não dispõe de tal espaço), retroprojeto, balança para pesagem e medição de estatura, fita métrica para avaliação da circunferência abdominal, liberação dos profissionais (médico, enfermeiro, agente de saúde e educador físico) para realização dos grupos operativos/estratificação de risco/caminhadas assistidas, bem como capacitação destes; recursos financeiros para confeção e cópias das estratificações de risco e dos questionários além de exames laboratoriais; Disponibilização de nutricionista para os obesos ou sobrepeso (disponível no município apenas para os pacientes de alto risco cardiovascular), ajuda dos ACS

para avisar a todos os hipertensos sobre os grupos operativos; Práticas pedagógicas efetivas dos profissionais de saúde. Os quadros 3 e 4 resumem as ações intervencionistas até aqui discutidas.

O único recurso não disponível para a realização destes planos é disponibilização de nutricionista para os obesos e com sobrepeso portadores de doenças crônicas com baixo e intermediário risco para DCV. O município consta de nutricionista no seu arsenal de profissionais apenas no programa Hiper-dia para os hipertensos e diabéticos de alto risco cardiovascular, logo este acompanhamento se torna inviável aos demais pacientes. Uma estratégia para contornar tal problema, seria a criação de orientações dietéticas de forma genérica disponibilizada por livros textos para distribuição entre estes pacientes que necessitam perda ponderal.

Os recursos críticos são controlados pelo secretário de saúde e coordenadora da atenção primária, ambos se mostram favoráveis em relação às intervenções sugeridas. Apenas se mostram indiferentes à contratação de nutricionista, porém afirmam que em um futuro próximo poderemos dispor de tais profissionais. O principal plano estratégico para tentar estimulá-los a esta contratação é demonstrar o número de obesos/sobrepeso com DCV e a redução de gastos com exames, medicamentos, internações e outros tratamentos após as mudanças dietéticas/acompanhamento com nutricionista, ou seja, comparar os benefícios custo econômicos desta medida.

O coordenador/gerente dos planos de intervenções será a médica da unidade com o apoio da enfermeira da equipe e auxílio dos ACS. O prazo para a realização das mudanças será de cinco meses, tendo o coordenador a responsabilidade de avaliar mensalmente se as ações propostas estão sendo implantadas. Diante de todas estas exposições, podemos concluir que as intervenções são viáveis.

7 RESULTADOS

Foram realizados oito grupos operativos com a temática educação em hipertensão arterial conforme descrito na metodologia. Compareceram 293 hipertensos de um total de 446 pacientes, cerca de 66% dos hipertensos adscritos (APÊNDICE). Avaliado a PA, IMC, medida da circunferência abdominal e aplicado o escore de Framingham para todos que compareceram.

Diante disso, podemos observar que 70% (204/293) dos hipertensos entrevistados são do sexo feminino e 30% (89/293) do sexo masculino, sendo interessante ressaltar que o número de homens e mulheres adultos se equivalem na população geral. Com relação à idade, percebe-se uma maior prevalência entre os 50 aos 70 anos, o que corresponde a 55% (162/293) dos casos. Ao analisar o IMC, constata-se que 4 (1,3%) hipertensos estão com baixo peso, 93 (31,7%) pacientes estão com peso adequado, 115 (39,2%) estão com sobrepeso, 48 (16,6%) hipertensos estão classificados como obesos grau I, 20 (6,8%) são obesos grau II e 13 (4,43%) são obesos grau III. Além disso, nota-se que 108 mulheres, o que representa 52% das entrevistadas, apresentam circunferência abdominal acima de 88 cm e apenas 14 homens (15% dos homens entrevistados) possuem circunferência abdominal acima de 102 cm. Com estes dados, podemos inferir que a prevalência da HAS é maior no sexo feminino, bem como o sobrepeso e obesidade, o que aumenta o risco de DCV e outras complicações.

Os hipertensos obesos ou com sobrepeso e/ou com circunferência abdominal maior que 88 cm para mulheres e maior que 102 cm para homens serão submetidos a orientações nutricionais genéricas, pois o município não dispõe de nutricionista, e estimular maior adesão a atividades físicas, alongamento e caminhadas assistidas já ofertadas na unidade. Sendo assim, estaremos promovendo melhoria da qualidade de vida destes indivíduos.

Ao aferir a PA antes dos grupos operativos, respeitando as orientações da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre o método de aferição da PA, observamos que 59% (173/293) dos hipertensos apresentavam níveis tensionais descontrolados e 41% (120/293) mantinham PA controlada. Em relação ao tabagismo, constata-se uma baixa prevalência, pois apenas 5% (13/293) dos hipertensos são tabagistas e 95% (280/293) não tabagistas. Interessante salientar que o número de ex-tabagistas é expressivo, aproximadamente 23% (67/293) dos entrevistados, e denota a

conscientização sobre os malefícios do cigarro. Em relação à diabetes, identificamos que 27% (78/293) dos hipertensos apresentam diabetes concomitantemente.

As principais medicações utilizadas são a Hidroclorotiazida (44,7%), Losartan (33,7%), Anlodipino (18,7%), Atenolol (14,6%), Captopril (13,65%), Enalapril (9,2%), Propranolol (5,8%), Furosemina (5,4%), Nifedipina (2%) e Hidralazina (0,3%). Observa-se que 73% (213,8/293) dos hipertensos, que fazem uso de medicação, usam mais de um anti-hipertensivo.

Todos os hipertensos adscritos foram avaliados quanto ao risco cardiovascular conforme preconizado pelo escore de Framingham revisado. Porém devido a necessidade da realização de exames e indisponibilidade dos mesmos associado a prontuários incompletos (sem anotações de exames prévios, comorbidades, tratamentos etc.), foi finalizado a estratificação de apenas 273 hipertensos de um total de 446. Identificamos que, desses pacientes estratificados da ESF Dona Heloína, é uma área predominantemente de baixo risco, apresentando 111 (40,65%) hipertensos de baixo risco cardiovascular, 75 (27,47%) de médio risco e 87 (31,88%) de alto risco cardiovascular. O território é subdividido em oito micro-áreas, sendo a micro-área 2 a que apresentou maior número de hipertensos com baixo risco (taxa de 60,60%) e a micro-área 5 a que demonstrou mais alto risco cardiovascular (risco de 51,5%). Em decorrência da falta de estratificação de 100% dos hipertensos, ainda não podemos afirmar a situação do risco cardiovascular do território. Os pacientes classificados como de alto risco cardiovascular serão acompanhados de forma mais freqüente e próxima a fim de rastrear, diagnosticar, tratar e prevenir agravos, além de serem encaminhados ao Hiper-dia para avaliação e acompanhamento com especialistas.

Ao analisar as respostas dos questionários aplicados antes e após palestras, constata-se que toda população hipertensa entrevistada não sabia o que era HAS, apenas 50% (35/70) conheciam os riscos da PA alta para a saúde apresentando respostas inespecíficas e incompletas ao serem indagadas, 66% (46,2/70) não entendiam os benefícios de uma alimentação saudável para controle pressórico, 82% (57/70) compreendiam a importância da prática de exercícios regulares porém não realizam, 50% (35/70) entendiam que sobrepeso e obesidade influenciam nos níveis tensionais e 26% não sabiam tomar os medicamentos anti-hipertensivos conforme prescrição médica. Após os grupos operativos, foram entrevistados novamente os mesmos hipertensos, e identificamos aumento em 87,5% (62/70) na

compreensão do conceito de HAS, crescimento do conhecimento dos fatores de risco associados a níveis pressóricos elevados em 100%, aumento de 100% no entendimento sobre a importância de uma alimentação saudável, elevação para 92% (65/70) na compreensão sobre a prática de exercícios regulares, 100% dos hipertensos entenderam que o excesso de peso influencia na PA e houve redução para 8% do número de pacientes que não sabem usar a medicação.

A ESF Dona Heloína, nas visitas domiciliares e atendimentos médico e de enfermagem, procurou orientar os hipertensos que não comparecem nos grupos operativos sobre a HAS, importância de uma alimentação saudável, prática de exercícios físicos, uso correto dos anti-hipertensivos e acompanhamento constante e contínuo.

Foi possível notar através da observação direta, durante os atendimentos médicos e de enfermagem, que a população atendida pela ESF Dona Heloína, sobretudo os hipertensos, apresenta uma alimentação rica em lipídeos (principalmente gordura saturada) e carboidratos, enlatados, grande consumo de sal e carne vermelha, pobre em frutas e verduras. A mesma equipe procurou desenvolver atividades como palestras e grupos de caminhada aos hipertensos adscritos, na tentativa de sanar o sedentarismo e sobrepeso/obesidade, mas, a princípio, com poucos resultados, pois o grupo se mostra resistente em tais mudanças. Apesar deste fato, a equipe continuou trabalhando sistematicamente a fim de despertar a consciência desses pacientes para a prática de exercícios. Foi distribuída aos hipertensos obesos e com sobrepeso, de baixo risco cardiovascular, orientação de dieta com recomendações genéricas objetivando perda ponderal. O que se observa é o grande interesse dos mesmos em segui-la e, a princípio, estão obtendo resultados satisfatórios, sendo um tema interessante para um próximo trabalho no território. Aqueles hipertensos obesos e com sobrepeso de alto risco cardiovascular são encaminhados para acompanhamento com nutricionista do Hiper-dia.

Após o início e término dos grupos operativos visando educação em HAS, podemos constatar um aumento de 300% no atendimento mensal dos hipertensos na unidade. Dado que pode ser confirmado pelos resultados do SIAB a partir do mês de Abril de 2013, quando foi iniciado o projeto de intervenção no território. Podemos observar um maior controle dos níveis pressóricos, maior adesão e

acompanhamento dos hipertensos e da população no serviço e, principalmente, maior entendimento e conscientização desses sobre a HAS.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS, segundo Porto (2005), é uma das mais importantes enfermidades do mundo moderno, constituindo a principal causa de mortalidade e incapacitação em vários países.

O presente trabalho possibilitou traçar o perfil dos hipertensos da ESF Dona Heloína, o que permite novos projetos de intervenção e prevenção, demonstrando semelhança com os dados epidemiológicos brasileiros, exceto a maior prevalência no sexo feminino. A análise mostrou que a PA aumenta com a idade, sedentarismo, não adesão ao tratamento e hábitos inadequados da alimentação, levando conseqüentemente ao sobrepeso/obesidade e aumento de DCV.

A obesidade, particularmente neste grupo de pacientes, contribui de forma significativa para ampliação destes riscos, além de aumentar as chances para desencadeamento dessa enfermidade e de outras comorbidades. A orientação para estilo de vida saudável deve fazer parte na consulta médica, independente da especialidade do profissional médico que esteja atuando. Tendo em vista as peculiaridades da HAS, exemplo de enfermidade pública interdisciplinar e multiprofissional, a implementação de ações de prevenção da HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde.

Apesar da estratificação de 66% dos hipertensos quanto ao risco para DCV e, de acordo com essa, ser classificada como uma área de baixo risco cardiovascular, o número de hipertensos classificados como de alto risco cardiovascular ainda é alto na ESF Dona Heloína. Em decorrência da falta de estratificação de 100% dos hipertensos e de estudos randomizados, ainda não podemos afirmar a situação do risco cardiovascular do território. Logo, necessita de mais intervenções, ações preventivas visando reduzir as DCV e estudos prospectivos a fim de validar essas intervenções.

Constata-se, através deste trabalho, que a educação em hipertensão arterial trás impacto significativo no conhecimento da população em relação ao tema abordado. O que pode, a curto e longo prazo, melhorar o controle pressórico e, desta forma, reduzir as taxas de comorbidades, fatores de risco, morbimortalidade e custos para o sistema público de saúde, com melhor qualidade de vida para os mesmos. Identificamos um aumento significativo da adesão dos hipertensos aos

serviços de saúde da ESF Dona Heloína após a realização dos grupos operativos, o que reforça os benefícios da educação em saúde, sobretudo na HAS.

Os resultados desse estudo na ESF Dona Heloína no município de Brasília de Minas possibilitaram uma análise crítica e reflexiva sobre o papel de educador em saúde junto ao indivíduo, à família e comunidade. É nesse sentido que a equipe de saúde ganha destaque e sua contribuição mostra-se fundamental para a mudança de comportamentos, controle de patologias, adesão da clientela, prevenção, cura e reabilitação dos pacientes, principalmente com elevação da qualidade de vida.

Conclui-se enfim, que os objetivos propostos para orientar este trabalho foram alcançados com êxito, pois definimos e contextualizamos a HAS na ESF Dona Heloína, caracterizamos o perfil dos hipertensos da área abordada, aumentamos a adesão dos hipertensos, estratificamos os hipertensos quanto ao risco de DCV no território e apresentamos resultados significativos a respeito da educação em HAS. Estes dados poderão futuramente ser utilizados como fonte de novos estudos e intervenções.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2010**. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em 31mar. 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **O Brasil Município por Município**. 2010. Disponível em www.ibge.gov.br. Acesso em: 31 mar. 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Indicadores do município de Brasília de Minas em 2004**. Disponível em: <dtr2002.saude.gov.br/caadab/indicadores/minas/BRASILIA%20DE%20MINAS.pdf> . Acesso em: 31 mar.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão Arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf>. Acesso em: 15 nov.2013.

BRASIL. Controladoria Geral da União – CGU. **Transparência nos Municípios – Brasília de Minas**, 2013. Disponível em: http://mg.transparencia.gov.br/Brasília_de_Minis. Acesso em: 31 mar. 2013.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. **Estabelecimento de Saúde do Município: BRASILIA DE MINAS**, 2013. Disponível em:http://cnes.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=18017442000106&VEstado=31&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20BRASILIA%20DE%20MINAS. Acesso em: 31 mar.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Relatório Técnico da Campanha Nacional de Detecção de Suspeitos de Diabetes Mellitus**. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Série Cadernos de Atenção Básica nº15-Série A. Normas e Manuais Técnicos**. 1ª edição, 2006.

BERLEZI EM. **Estudos de fatores de risco para doenças cardiovasculares em indivíduos hipertensos adscritos a uma unidade de saúde da família**. [tese-doutorado]. Rio Grande do Sul: Instituto de Geriatria e Gerontologia Biomédica/PUCRS; 2007.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2003. 185p.

CAR, M. R.; PIERIN, A. G.; Estudo sobre a influência do processo de educativo no controle da hipertensão arterial. **Rev. Paul Enferm**, 1991; 08: 04-07.

CHOBANIAN, A.V, *et al.* **The seventh Report of the Joint National Comitee on Prevention, Detection, Evaluation, and treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report.** JAMA, 2003; 289; 2560.

DELL'ACQUA, M. C. Q.; PESSUTO, J. BOCCHI, S. C. M. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. **Rev. Latinoam Enferm**, 1997; 05: 43-8.

FRANKLIN, S.S. *et al.* **Does the relation of blood pressure to coronary heart disease risk change with aging ? The framingham study.** Circulation 2001; 102:1105.

GIROTTTO, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, Jun. 2013. Disponível em: <[HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600008&ing=en&nrm=ISO](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600008&ing=en&nrm=ISO)>. Acesso em: 23 nov. 2013.

GREENLAND, P.K. *et al.* **Major risk factors as antecedents of fatal and nonfatal coronary heart disease events.** JAMA 2003; 290:891.

GUEDES, M. V. C. *et al.* Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista brasileira enfermagem**, Brasília, v.64, n.6, dez. 2011. Disponível em: [HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-716720110006000008&ing=en&nrm](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-716720110006000008&ing=en&nrm). Acesso em: 23 nov. 2013.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cadernos de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.8, ago. 2010. Disponível em: WWW.scielo.br/scielo.php?codmun=315510. Acesso em: 20 nov. 2013.

LOPES, A.C. *et al.* **Tratado de Clínica Médica.** 2.ed. São Paulo: Roca, 2009.

MAGNA, B. P. Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência. **Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP**, 2007.

MELO, N. **Hipertensão Arterial em Ouro Preto (MG): [manuscrito] Avaliação da terapêutica farmacológica e de fatores cardiovasculares**, 2006. (Dissertação de Mestrado- Universidade Federal de Ouro Preto).

PIERIN, A. M. G. A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório. **Rev. Esc. Enferm USP**, 1989; 23: 35-48.

PORTO, C.C. *et al.* **Semiologia Médica.** 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RABELO, S.P. A qualidade de vida e cliente diabético: um desafio para o cliente e enfermeira. **Texto Contexto Enferm**, 1999; 08: 250-62.

ROLIM, N.; BRUM, P. Efeitos do treinamento físico aeróbio na hipertensão arterial. **Hipertensão**. 2005; 8 (1):35-7.

SOARES, L.C. Educação em saúde na modalidade grupal: Relato de experiência. **Cienc Cuid Saúde**; Jan/ Mar, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras. Cardiol, 2010; 95 (1 supl.1): 1-51.

TRENTINI, M.; SILVA, D. G. V. S. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm**, 1990; 11: 18-28.

VETERANS ADMINISTRATION COOPERATIVE STUDY GROUP ON ANTIHYPERTENSIVE AGENTS. **Effects of treatment on morbidity in hypertension, Results in patients with diastolic blood pressures averaging 115 through 129 mm Hg**. JAMA, 1967; 202:116-122.

VOLHARD, F. **et al. Die Brightsche Nierenkrankheit. Klinik, Pathologie Und Atlas**. Berlin: Julius Springer, 1914; 222.

WONG, N. D. Preventing heart disease by controlling hypertension: impact of hypertensive subtype, stage, age, age, and sex. **Am Heart J** 2003; 145:888.

APÊNDICE

Questionário de Educação em Hipertensão Arterial

Nome: _____

Idade: Peso: Altura: IMC: Circ. Abdominal:

Medicações em uso: _____

Você fuma: () Não () Sim Você bebe: () Não () Sim

Doenças prévias: _____

Questões

1) Você sabe o que é hipertensão arterial (pressão alta)?

() Não

() Sim.

O que? _____

2) Você sabe quais os riscos da pressão alta para a saúde?

() Não

() Sim. Quais? _____

3) Você sabe quais benefícios de uma alimentação saudável para o controle da pressão?

() Não

() Sim. Quais? _____

4) Você sabe qual a importância da prática regular de exercícios físicos para o controle da pressão e diabetes?

() Não () Sim.

5) Você acha que o excesso de peso influencia na pressão?

() Não () Sim.

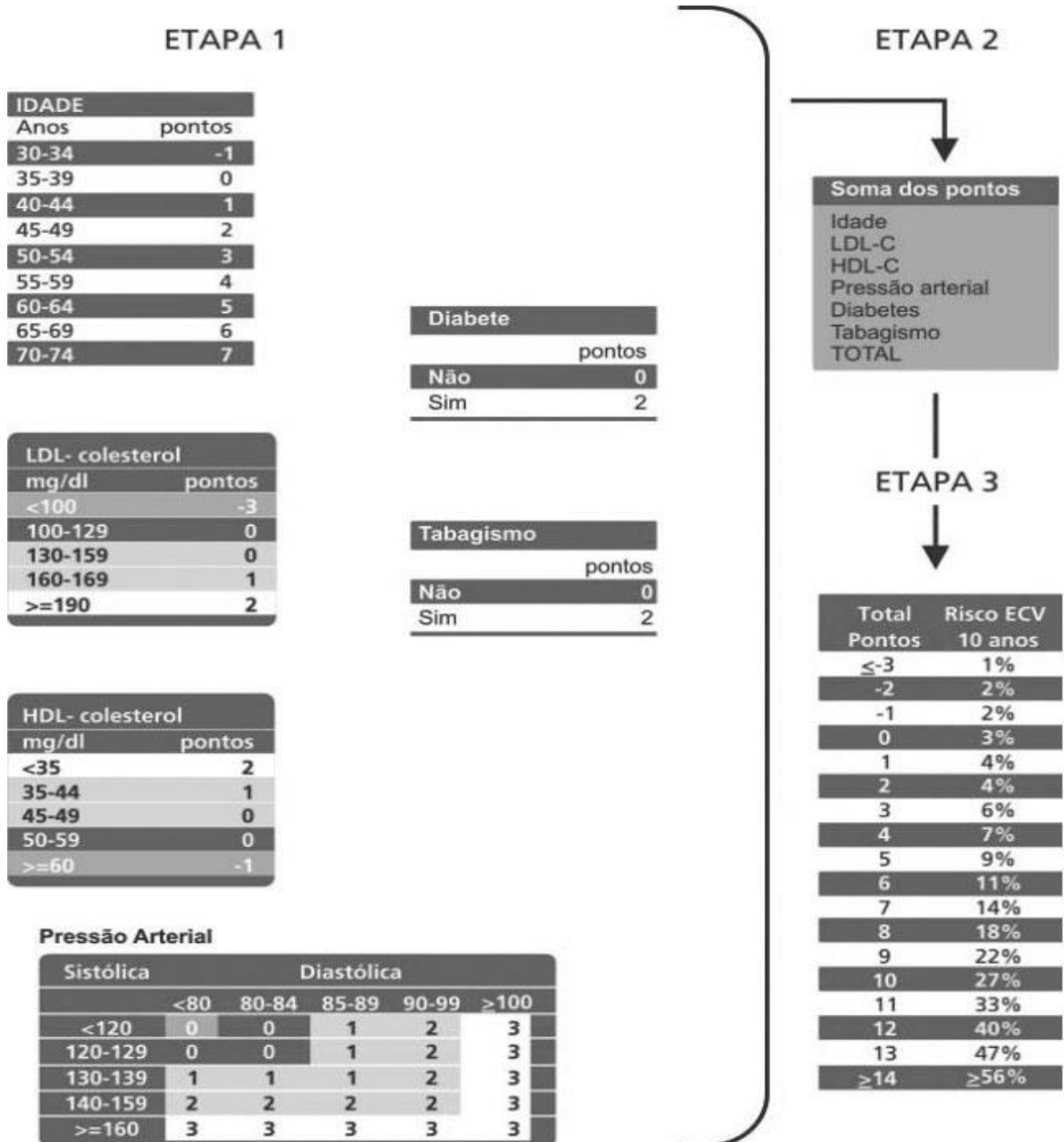
6) Você sabe como tomar os medicamentos para hipertensão arterial (pressão alta)?

() Não

() Sim. Como? _____

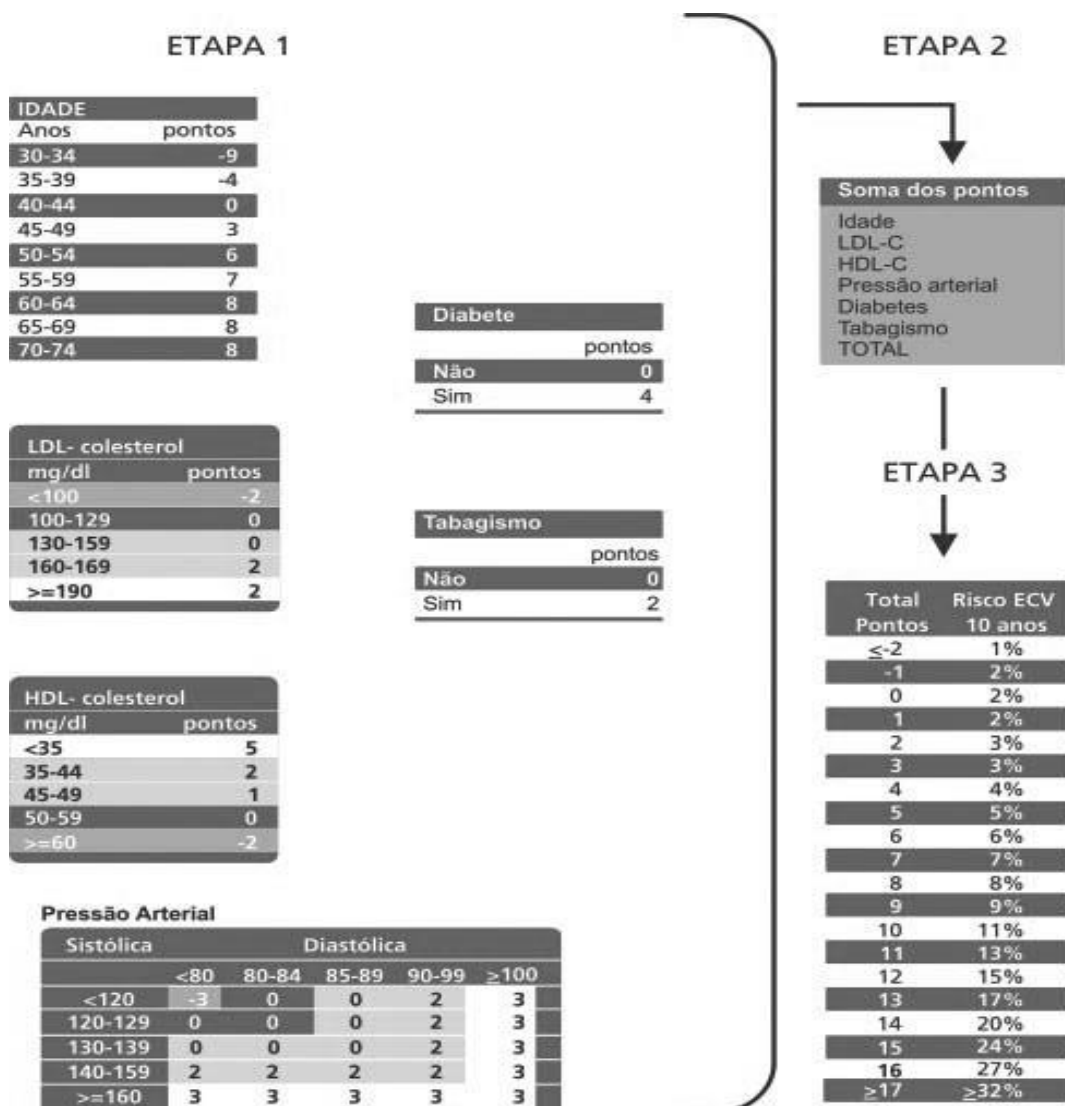
ANEXOS

Escore de Framingham revisado para Homens



Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br>; acesso em 20 dez. 2013.

Escore de Framingham revisado para Mulheres



Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br>; acesso em 20 dez. 2013.