

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ALENCAR DE SOUZA FERREIRA ALENCAR**

**REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO**  
**ARTERIAL SISTÊMICA NO MUNICÍPIO DE GURINHATÃ-MG**

**UBERABA - MINAS GERAIS**

**2014**

**ALENCAR DE SOUZA FERREIRA ALENCAR**

**REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA NO MUNICÍPIO DE GURINHATÃ-MG**

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

Orientador: Sara Franco Diniz Heitor

**UBERABA - MINAS GERAIS**

**2014**

**ALENCAR DE SOUZA FERREIRA ALENCAR**

**REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA NO MUNICÍPIO DE GURINHATÃ-MG**

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

Orientador: Sara Franco Diniz Heitor

**Banca Examinadora:**

**SABRINA MARTINS BARROSO**

**SARA FRANCO DINIZ HEITOR**

**Aprovado em Uberaba 26/01/2014**

"Não é o diploma médico, mas a qualidade humana, o decisivo".

(Carl Gustav Jung)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais e a toda minha família, por me apoiaram durante todo o curso de Medicina, contribuindo com minha formação e me proporcionando condições de me tornar um bom profissional.

Agradeço a Deus por guiar os meus passos e por me dar forças e condições de enfrentar a dura jornada da Medicina.

Agradeço a toda a equipe do PSF urbano e Secretaria Municipal de Saúde de Gurinhatã-MG pelo apoio e dedicação demonstrados durante o ano de 2013 e pela coragem e determinação de querer ajudar o próximo, acolhendo a clientela do PSF da melhor forma possível.

Agradeço a minha orientadora, pela paciência, dedicação, compreensão e ajuda na elaboração desse plano de intervenção, pois, com o pouco tempo disponível, sua ajuda se tornou indispensável para conclusão desse projeto.

Também agradeço a minha namorada, por compreender as dificuldades que enfrentei no último ano e por sempre apoiar as minhas escolhas, estando ao meu lado sempre que precisei.

## RESUMO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no Brasil e a Hipertensão Arterial Sistêmica está entre os seus principais fatores de risco para tais doenças. A hipertensão é considerada um problema grave de saúde pública, sendo um dos fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças cardiovasculares, cérebro vasculares e renais. Em Gurinhatã-MG, cerca de 44% da população com idade superior a 40 anos é hipertensa, portanto, é evidente a importância da implantação de medidas preventivas eficientes, a fim de reduzir o crescimento da incidência de hipertensão arterial no município. Dessa forma, é importante o acompanhamento dos doentes, já que o controle da pressão arterial sistêmica está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao tratamento. Assim, o objetivo desse trabalho foi elaborar um plano de ação para o enfrentamento de um problema, considerado prioritário, na área de abrangência do Programa Saúde da Família (PSF) Dona Francisca Toscano Cardoso. Para elaboração deste plano de ação, contou-se com a contribuição de toda a equipe de saúde. Espera-se que ele seja eficaz no acompanhamento e monitoramento da adesão, no sentido de tentar contribuir para a redução da mortalidade associada a essa doença e a melhora da qualidade de vida dessa população.

**Descritores:** Hipertensão. Tratamento. Adesão ao tratamento medicamentoso.

## ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the leading cause of mortality in Brazil and Hypertension is among its major risk factors for such diseases. Hypertension is considered a serious public health problem, being one of the risk factors for developing these cardiovascular diseases, cerebrovascular and kidney. In Gurinhatã – MG, about 44 % of the population aged over 40 years are hypertensive, so it is evident the importance of implementing effective preventive measures in order to reduce the growing incidence of hypertension in the county. Thus, it is important to monitor patients, since the control of systemic blood pressure is directly related to the degree of patient adherence to treatment. Thus, the aim of this study was to develop an action plan for dealing with a problem, considered a priority in the area covered by the Family Health Program (PSF) Dona Francisca Toscano Cardoso. To prepare this action plan, counted on the contribution of the entire health care team. expected to be effective in tracking and monitoring of the adherence, in the sense of try contribute to the reduction of mortality associated with this disease and improve the quality of life of this population.

**Descriptors:** Hypertension. Therapy. Medication Adherence.

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1 INTRODUÇÃO .....	14
2 JUSTIFICATIVA .....	16
3 OBJETIVOS.....	18
3.1 Objetivo geral .....	18
3.2 Objetivos específicos .....	18
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
5 METODOLOGIA.....	23
6 PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO.....	25
7 RESULTADOS ESPERADOS.....	27
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	29



## APRESENTAÇÃO

Sou médico recém-formado, e desde março de 2013, trabalho no Programa Saúde da Família (PSF) Dona Francisca Toscano Cardoso, situado no município de Gurinhatã - MG. Desde a época de faculdade percebo a necessidade de uma atenção primária de qualidade que se preocupe com a promoção da saúde da população e não apenas em tratar as suas doenças. Por meio das Unidades Básicas de Saúde podemos conhecer os costumes e as crenças das pessoas atendidas, temos oportunidade para conhecer o seu lar e identificar fatores de risco que poderiam passar despercebidos em uma anamnese ambulatorial. Dessa forma, ampliamos o contato com os pacientes e proporcionamos melhor qualidade de vida aos mesmos, evitando, quando possível, o adoecimento das pessoas e adiando o surgimento de sequelas nos portadores de doenças crônicas.

Assim, o curso de especialização em atenção básica proporcionou-me o desenvolvimento deste estudo, quando por meio do meu trabalho atual no PSF pude perceber a importância de realizar um bom acolhimento à população atendida, de forma a conhecer as peculiaridades de cada paciente e assim otimizar o seu tratamento. A escolha do tema Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ocorreu devido ao crescente número de pacientes hipertensos cadastrados no programa “Hiperdia” e que apresentam dificuldades em manter sua pressão arterial dentro dos padrões de normalidade ou até mesmo aqueles que já possuem algum tipo de sequela decorrente da HAS. Por meio do curso de especialização estou tendo a oportunidade de aprimorar meus conhecimentos quanto a melhor forma de acolher os pacientes e adequar o seu tratamento às diretrizes mais atuais, contribuindo tanto com o meu desenvolvimento pessoal quanto com a melhora da saúde da população de Gurinhatã-MG.

## 1 INTRODUÇÃO

Gurinhata é uma cidade do centro oeste do triângulo mineiro, situada a 207 km de Uberlândia e 828 km da capital Belo Horizonte. Sua população consta de 6.137 habitantes sendo divididos em 1.907 famílias residentes em domicílios particulares, 819 na área urbana e 1088 na área rural; a área total do município corresponde a 1.849,137 km<sup>2</sup>, sua concentração habitacional é de 3,32 pessoas / km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

A cidade dispõe de um hospital municipal, um laboratório de análises clínicas e duas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Uma delas situa-se na zona urbana, passou recentemente por reforma e reiniciou as atividades em abril de 2013. Seu horário de funcionamento é das 8h00min as 17h00min, atendendo em média 100 pacientes/semana. A segunda UBS localiza-se na zona rural.

Dentre as principais doenças que acometem a população de Gurinhata, encontra-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doença silenciosa que pode passar despercebida por anos (MOCHEL et al., 2006), de causa multifatorial e um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (LEWINGTON et al., 2002). Aquelas constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para esses agravos, mas vários fatores que aumentam a probabilidade de sua ocorrência (BARBOSA et al., 2008).

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS) cerca de 30 milhões de brasileiros têm HAS e outros 12 milhões não sabem que tem a doença. A proporção de brasileiros com diagnóstico de hipertensão passou de 21,6% em 2006 para 23,3% em 2010, acometendo mais as mulheres (25,5%) que os homens (20,7%). Cerca de 50% da população acima de 55 anos têm hipertensão arterial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) (SBC, 2010), a HAS é responsável em média por 30% das mortes em indivíduos adultos no mundo. No Brasil as taxas de prevalência na população brasileira adulta, variam entre 22,3% a 43,9%. A SBC ainda destacou pesquisas apontando a grande ascendência de hipertensão arterial entre a população que está acima do peso, tanto para os homens como para as mulheres, evidenciando que os hábitos de vida e alimentares são influenciadores no aparecimento da hipertensão.

Oliveira (2004) enfatiza que a HAS somente passa a provocar sintomas quando os órgãos-alvo começam a não mais suportar as alterações que sofreram para se adaptar aos níveis tensionais elevados. Entretanto, tais alterações não são precoces, surgem geralmente após mais de dez anos de presença da doença, através de complicações graves, fato justificado pela evolução assintomática que a HAS apresenta. Infere ainda o autor, que se deve ter como objetivo uma conduta preventiva, que pode ser conseguida mediante o diagnóstico precoce e o tratamento da HAS.

Portanto, a implantação de medidas de prevenção da hipertensão é um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde, principalmente para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), que atende grande parte dos brasileiros hipertensos. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias nas campanhas de saúde pública (BRANDÃO, 2010).

## 2 JUSTIFICATIVA

No município de Gurinhatã estão cadastrados no “Hiperdia” 485 indivíduos hipertensos na zona urbana, além de 562 indivíduos hipertensos na zona rural (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013), que representam cerca de 44% da população com idade acima de 40 anos do município.

Como a cidade dispõe de poucos recursos financeiros e não consta com médicos especialistas atuantes no município, tais como médico cardiologista ou mesmo serviço de hemodinâmica, se torna importante evitar o agravamento dessa doença e suas complicações. Este desafio é, sobretudo da Atenção Básica, notadamente da Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo dos usuários às Unidades Básicas de Saúde.

Como a HAS ocupa lugar de destaque no contexto de transição epidemiológica e constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), para que o paciente hipertenso consiga controlar sua pressão arterial, é necessário que o mesmo seja acolhido pela sua equipe de saúde, de forma a melhorar a adesão ao tratamento, visando à prevenção de complicações e diminuição da morbimortalidade causada por essa doença.

Sabe-se que, toda mudança requer um processo educativo, e esse se dá de uma forma lenta e deve ser contínuo. Assim, as ações desenvolvidas pelos profissionais que trabalham com esses pacientes devem atender às necessidades de cada um, à medida que se tenta manter o tratamento por longo período (ALMEIDA, 2004).

A melhora da adesão passa pelo princípio da equidade: os serviços devem implantar processos de cuidado, individual ou coletivo, mais intenso às pessoas vulneráveis. Para que os pacientes mantenham uma boa saúde, é necessário um autocuidado, o qual é feito por meio de orientações em grupos (ex.: Hiperdia) sobre mudanças do estilo de vida.

Assim, é importante que o diagnóstico seja feito de forma precoce, evitando maiores complicações para a saúde do paciente. Outro fator importante é identificar os pacientes que já possuem complicações agravadas por sua doença de base, como portadores de insuficiência renal crônica e cardiopatas. Assim, fazendo com que esses pacientes saibam que estão sendo assistidos pela equipe de saúde e que os mesmos estão procurando a

melhor forma de tratar os seus problemas, valorizando o paciente como um todo e não apenas a sua doença.

Por meio da percepção no dia a dia pelos integrantes da equipe do PSF urbano, foi identificado como um problema local a baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico pelos usuários. Assim, a equipe percebeu a necessidade imediata de desenvolver uma proposta de intervenção para modificar essa situação. Esperando que esta ação seja capaz de influenciar o comportamento dos pacientes, objetivando facilitar o diagnóstico precoce da doença, a otimização do tratamento e conseqüentemente a melhora da qualidade de vida, surgiu o objetivo deste trabalho.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Elaborar um plano de ação visando estabelecer um modelo prático e objetivo para melhoria da adesão dos pacientes ao tratamento anti-hipertensivo.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- a) facilitar o atendimento médico aos pacientes e ampliar o conhecimento dos mesmos sobre a sua doença de base e a importância do tratamento;
- b) programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente, como o estímulo de práticas esportivas e hábitos alimentares saudáveis;
- c) facilitar o uso correto da medicação e acompanhamento do seu uso pelo paciente;
- d) acompanhar o tratamento do paciente, por meio de consultas e visitas domiciliares, visando verificar a adesão ao tratamento proposto.

#### 4 REVISÃO DE LITERATURA

A HAS é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2013).

A HAS é a mais prevalente doença vascular no mundo e o mais potente fator de risco para doenças cerebrovasculares, predominante causa de morte no Brasil. Em 2008, as doenças cerebrovasculares causaram 2.969 óbitos a mais que o total de óbitos por doenças isquêmicas do coração; portanto, a importância social da HAS é incontestável (LESSA, 2010).

A HAS atinge em média 30% da população adulta, cerca de 1,2 bilhão no mundo. No Brasil, ela está presente em mais da metade das pessoas na terceira idade e em 5% das crianças e adolescentes. É responsável por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vascular cerebral (AVC) e 25% dos casos de insuficiência renal terminal. As graves consequências da pressão alta podem ser evitadas, desde que os hipertensos conheçam sua condição e mantenham-se em tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2013).

Entretanto, em 14 estudos populacionais (1994-2009), foram revelados baixos níveis de controle da pressão arterial (19,6%) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo Mendes (2008), as elevações da pressão arterial são observadas durante o ciclo de vida. Nas pessoas com mais de 60 anos, a prevalência para desenvolver hipertensão é de 60%, já que com o envelhecimento ocorrem alterações na anatomia e fisiologia cardiovascular, mesmo na ausência de doença, que fazem aumentar a prevalência de pressão arterial elevada.

O uso de técnica acurada para a medida da PA é essencial para o diagnóstico preciso da HAS. O paciente deve estar sentado, em ambiente calmo, por cinco minutos antes da medida, com as costas apoiadas e o braço no nível do coração. Devem-se utilizar manguitos adequados à circunferência do braço (proporção largura/ comprimento de 1:2, largura da

bolsa de borracha do manguito correspondendo a 40% e comprimento a 80% da circunferência do braço, respectivamente). Um mínimo de três leituras devem ser feitas em intervalos de pelo menos um minuto e a média das duas últimas medições deve ser utilizada, caso a diferença seja inferior ou igual a 4 mmHg entre estas últimas. A PA deve ser medida em ambos os braços e o braço com as pressões mais elevadas deve ser usado para fazer medidas futuras. Caso a diferença entre os braços seja superior a 15 mmHg para a PA sistólica e/ou 10 mmHg para a PA diastólica, deve-se investigar doença vascular aterosclerótica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2013).

O Ministério da Saúde, em consonância com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde, tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, como o combate à hipertensão arterial. Nesse contexto, insere-se o Programa de Saúde da Família (PSF), onde a atenção é centrada na família e estruturada em uma Unidade de Saúde, e a população adscrita está sob a responsabilidade de equipe multiprofissional. A organização da assistência, com competências bem definidas e integradas entre os membros da equipe multiprofissional, é centralizada no binômio médico–enfermeiro e se estende até o agente comunitário de saúde. O agente é o elo fundamental entre o domicílio e a Unidade de Saúde e representa a principal diferença entre a atuação desse programa e a atividade usual da Unidade Básica de Saúde (UBS), nos seus moldes de atuação tradicional (ANDERSON et al., 2005).

A HAS é o maior problema médico-social dos países desenvolvidos e em muitos dos emergentes. Mesmo conhecendo-se a eficácia, a efetividade e a eficiência de várias das medidas preventivas de controle disponíveis, sejam ou não farmacológicas, a HAS continuará, por décadas, representando um dos maiores desafios em saúde e um dos maiores ônus para o próprio hipertenso e para a sociedade (LESSA, 2001).

Sua incidência tende a crescer nos próximos anos, não só pelo aumento e envelhecimento da população, mas, sobretudo, pela persistência de vários fatores de riscos modificáveis como o tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada, obesidade, dislipidemia e o consumo de álcool (NETO et al., 2006).

O uso de medidas não farmacológicas também é de grande importância no manejo da HAS. A promoção do estilo de vida mais ativo tem sido utilizada como estratégia de desenvolver melhoria nos padrões de saúde e na qualidade de vida. Estudo recente



demonstrou que essas intervenções, complementares ao tratamento, são cada vez mais relevantes na prática clínica (KITHAS e SUPIANO, 2010).

Entre os hábitos de vida, a alimentação ocupa um papel de destaque no tratamento e prevenção da HAS. Uma alimentação inadequada está associada de forma indireta ao maior risco cardiovascular, que pode, ainda, ser associado a outros fatores de risco como obesidade, dislipidemia e HAS. Várias modificações dietéticas demonstram benefícios sobre a PA, como a redução da ingestão de sal e álcool e possivelmente aumento no consumo de alguns micronutrientes, como potássio e cálcio. Um padrão dietético global, mais que um alimento isolado, tem maior importância na prevenção de doenças e redução da morbidade e mortalidade cardiovascular (MIRANDA e STRUFALDI, 2012).

Quanto ao peso, a todo hipertenso com excesso de peso precisam ser oferecidas ações de cuidado para a sua redução, pois a diminuição de 5% – 10% do peso corporal inicial já são suficientes para reduzir a PA. É desejável atingir um Índice de Massa Corpórea (IMC) inferior a 25 kg/m<sup>2</sup> para menores de 60 anos e inferior a 27 kg/m<sup>2</sup> para maiores de 60 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A circunferência da cintura deve ser inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Dessa forma, pacientes com hipertensão arterial resistente devem ser orientados quanto à importância da redução de sal na dieta, perda de peso, prática de exercícios físicos regulares e moderação no consumo de álcool (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Borges et al. (2008), ressaltam que o excesso de peso pode influenciar no aumento da HAS, relacionando prioritariamente a fatores sociodemográficos, hábitos alimentares e tabagismo. Sabe-se que a atividade física pode ajudar no tratamento da HAS por meio do controle do peso e pela promoção da saúde. Portanto, a atividade física deve ser incentivada como forma de controle de peso e prevenção de doenças.

Assim, a dieta ocupa um papel de destaque no tratamento e prevenção da HAS, e a redução de peso também apresenta benefícios sobre a PA. A diminuição de peso é a medida não farmacológica mais efetiva para controlar a HAS e mesmo pequenas reduções têm diminuído significativamente a pressão, bem como riscos cardiovasculares graças à melhoria do perfil lipídico e da tolerância à glicose, melhorando também a resposta à terapia de drogas anti-hipertensivas (CUPPARI, 2002).

Está relacionada, além das mudanças endócrinas favoráveis à redução da PA, à redução da sensibilidade ao sódio e à diminuição da atividade do sistema nervoso simpático (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Assim, a obesidade e o sobrepeso representam um risco substancial na HAS, pois produzem efeitos metabólicos adversos para a pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Estudos que contemplam a efetividade/segurança do tratamento anti-hipertensivo podem dar suporte à criação de novos perfis farmacoterapêuticos capazes de melhorar a resposta da pressão arterial ao tratamento, diminuindo, portanto, a morbimortalidade relacionada à hipertensão. É possível por meio da farmacovigilância, monitorar a efetividade/segurança do tratamento anti-hipertensivo e a partir disto, promover discussões com a equipe de saúde, visando melhorar a farmacoterapia dos pacientes hipertensos e atingir o sucesso terapêutico (JUNIOR et al., 2008).

O acompanhamento dos hipertensos pressupõe boa adesão ao serviço e, conseqüentemente, o controle adequado dos níveis pressóricos. Porém, uma boa adesão consiste em uma atitude global em relação à própria saúde e exige participação ativa dos hipertensos, não como um objeto, mas como sujeito do processo. Para isso é necessário o comparecimento às consultas e a mensuração regular da pressão arterial a fim de monitorar o seu controle (SILVA et al., 2013).

Ao se falar de adesão, deve-se sempre considerar a subjetividade de cada indivíduo, de acordo com as suas vivências, conhecimentos, crenças e valores, cada um possui um comportamento muito próprio em relação ao significado de “sentir-se doente”. Isso reflete na forma como esse indivíduo manifesta-se quando essas questões são abordadas. Da mesma maneira, também não se podem desconsiderar as crenças do médico, ou da equipe de saúde, as quais, muitas vezes, podem não coincidir com as crenças e os interesses do paciente (MANFROI e OLIVEIRA, 2006).

Portanto, o vínculo possibilita propostas terapêuticas mais apropriadas à realidade de vida dos sujeitos, o que pode contribuir para maior adesão ao tratamento, promover a autonomia e o poder de decisão sobre o processo saúde-doença (MORAES et al., 2011).

## 5 METODOLOGIA

As ações serão realizadas pela equipe do PSF (médico, enfermeira, técnicas de enfermagem e agentes comunitárias de saúde), além da colaboração de nutricionistas e profissionais de educação física. O intuito é o de elaborar um plano de ação voltado ao melhor acolhimento dos pacientes hipertensos, visando à melhoria de vida dos mesmos, por meio de medidas como as sugeridas pela Sociedade Brasileira de Hipertensão para a campanha de 2013. Dentre essas medidas, mostrar qual é a influência direta da pressão arterial na vida de cada um e o que se ganha medindo a pressão regularmente e adotando hábitos de vida saudáveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2013).

O plano de ação será elaborado baseando-se nas premissas estipuladas pelo Caderno de Atenção Básica nº 37 publicado pelo Ministério da Saúde em 2013, com os seguintes fundamentos:

- a) facilitar o acesso dos pacientes, através do agendamento de consultas periódicas para aqueles que apresentarem maiores dificuldades em manter níveis normais da pressão arterial;
- b) orientar os pacientes sobre o problema, seu caráter silencioso, a importância da adesão à terapêutica, envolver a estrutura familiar e/ou apoio social;
- c) estabelecer o objetivo do tratamento (obter níveis normotensos com mínimos parafeitos);
- d) manter o tratamento simples, prescrevendo fármacos que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) do Ministério da Saúde, facilitando assim o seu acesso, já que vários dos medicamentos que constam no Rename podem ser obtidos gratuitamente pela rede “Farmácia de Minas” ou pelo programa “Farmácia popular”;
- e) encorajar modificações no estilo de vida, como a prática de exercícios físicos regulares e estimular hábitos alimentares saudáveis;
- f) integrar o uso da medicação com as atividades cotidianas;
- g) prescrever formulações preferencialmente de longa ação com o mínimo de doses diárias necessárias para o bom controle da pressão arterial;
- h) antecipar para o paciente os efeitos adversos e ajustar a terapia para minimizá-los;

- i) adicionar gradualmente drogas efetivas.

Além disso, a equipe de saúde vai avaliar a história clínica atual e pregressa, comorbidades, controle da pressão arterial e medicamentos em uso. Por meio dessas medidas, serão implantadas estratégias que melhorem a relação entre a equipe de saúde e o paciente, pois é necessário orientar a população a cuidar da saúde, enfatizando a mudança do estilo de vida, aceitação e adesão ao tratamento, facilitando a comunicação e contribuindo com a melhor compreensão dos malefícios da HAS alterada e a importância do tratamento correto por parte do paciente. Sabe-se que melhorar a adesão ao tratamento não é fácil, necessitando de medidas baseadas nos recursos tecnológicos, educativos e comportamentais da população e do serviço de saúde. Uma vez que o paciente obtenha maior entendimento da sua doença, será possível uma melhora da adesão ao tratamento por meio da certificação dos seus benefícios. Se seus familiares conhecerem a existência do problema, poder-se-á detalhar de maneira didática e elucidativa a importância de se tomar os medicamentos na dosagem e horário certo e praticar as mudanças de hábito de vida necessárias.

## 6 PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

Por meio do “Hiperdia” os pacientes serão orientados a realizarem medidas diárias da pressão arterial durante uma semana em dois períodos diferentes no mesmo dia (manhã / tarde). Essas aferições poderão ser realizadas no PSF ou no Hospital Municipal e os valores serão anotados em uma ficha entregue no “Hiperdia”. Por meio desse controle semanal os pacientes serão divididos em grupos, de acordo com a classificação da pressão arterial proposta pela VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial Sistêmica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), e aqueles indivíduos com dificuldades em manter a pressão arterial dentro dos limites recomendados serão encaminhados ao PSF para agendamento de consulta, realização de exames periódicos, acompanhamento pressórico domiciliar pelas técnicas de enfermagem, enfermeira e médico. Esses pacientes também serão estimulados a realizarem mudanças de estilo de vida, sendo encaminhados para a “Academia da Saúde” que é um projeto municipal de estímulo a práticas esportivas e exercícios aeróbicos, desenvolvido por professores de educação física. Além disso, a equipe de saúde vai disponibilizar um nutricionista para promover palestras de forma a conscientizar os pacientes dos benefícios de uma dieta balanceada.

Durante a consulta médica, também serão avaliados a medicação em uso pelo paciente, o uso correto dessas medicações, esclarecer possíveis dúvidas e se algum deles apresenta algum efeito colateral indesejável pelo paciente. Com isso, poderemos otimizar o tratamento, visando facilitar o uso das medicações (mínimo de medicamentos com o mínimo de doses diárias para chegar ao efeito desejado).

Com a ajuda das agentes comunitárias de saúde, planejar formas de fazer os pacientes tomarem as medicações corretamente, pedindo as mesmas que sempre reforcem os horários corretos e até mesmo na sua organização em caixas, de forma a separá-los por horário facilitando o seu uso. O “Hiperdia” deverá ser utilizado para sanar dúvidas dos pacientes e orientá-los corretamente sobre como conduzir o tratamento. Exames de rotina serão realizados como prevenção a agravos e outras complicações decorrentes da HAS.

Serão criados grupos de apoio entre os pacientes e seus familiares, de forma a facilitar a troca de experiências entre os hipertensos. As propostas serão gerenciadas por médico e enfermeira e acompanhadas por meio de consultas, reuniões em grupo e visitas às

casas dos pacientes. Os recursos para execução do plano de ação serão provenientes do SUS e da Secretaria Municipal de Saúde de Gurinhatã.

## 7 RESULTADOS ESPERADOS

A equipe espera uma melhor adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso e as mudanças de hábitos de vida, por meio da ampliação do conhecimento dos pacientes sobre sua doença, de forma a motivá-los a seguir corretamente o tratamento.

Já que o controle da HAS é resultado de um sistema complexo que envolve aspectos biológicos, socioeconômicos, culturais e de estrutura sanitária, com esse plano de ação, a equipe de saúde do PSF poderá acolher melhor sua clientela e planejar estratégias mais elaboradas, visando melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Dessa forma, poderemos contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade dos pacientes hipertensos, objetivando diminuição dos níveis pressóricos.

Por meio do plano de ação também será possível ampliar o atendimento dos hipertensos, facilitar as consultas médicas e o acompanhamento dos doentes e a realização de exames de avaliação periódica, evitando os agravos da HAS. Nas consultas será possível esclarecer dúvidas e reforçar a terapêutica anti-hipertensiva de forma a escolher o tratamento medicamentoso mais adequado ao perfil do paciente, com o mínimo de efeitos adversos possíveis. Também poderemos facilitar a interação dos pacientes com os profissionais da saúde, além do mais, será possível intervir de forma imediata e tomar medidas preventivas aprimorando o diagnóstico e o tratamento de novos pacientes.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um projeto de ação articulado por toda equipe de saúde será eficaz no sentido de tentar contribuir para a redução da morbimortalidade associada a essa doença. Todos os casos confirmados serão cadastrados e vinculados às unidades básicas de saúde e às equipes do Programa Saúde da Família e terão acompanhamento sistemático, clínico e laboratorial.

Aqueles que necessitarem de atendimento especializado ou hospitalar serão encaminhados para os demais níveis de complexidade do sistema de saúde no próprio território ou em municípios vizinhos, além de, reduzir o número de internações, a procura por pronto atendimento, os gastos com tratamento de complicações, as aposentadorias precoces e a mortalidade cardiovascular, com a conseqüente melhoria da qualidade de vida da população.

Assim o PSF poderá acolher melhor esse grupo de pacientes, estratificar o risco de saúde individualmente e proporcionar atividades direcionadas ao mesmo, baseando se no princípio da equidade. Dessa forma, a equipe de saúde formará um vínculo com o paciente buscando a sua adesão total ao tratamento anti-hipertensivo, medicamentoso e as mudanças de hábitos de vida necessárias para o controle da pressão arterial. Assim, o sucesso da adesão implicará em maior regularidade no tratamento.

Ressalta-se que todo plano de ação deve ser avaliado de acordo com as necessidades e alterado caso seja necessário; e que este aprendizado é de suma importância para toda a equipe de saúde, que lida diretamente com o cuidado desses pacientes e seus familiares.



## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, K. **Compreensão dos hipertensos sobre sua doença e motivação para o autocuidado em um grupo do PSF no município de Nova Cruz- RN. 2004.** Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.
- ANDERSON, M. I. P., GUSSO, G., CASTRO FILHO, E.D. Medicina de Família e comunidade: especialista em integralidade. **Revista APS**, v.8, n.1, p.61-67, 2005. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/FamiliaComun.pdf>>. Acesso em: 31 Out. 2013.
- BARBOSA, J. B. *et al.* Prevalência da Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados em São Luís – MA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.7, n.4, p.260-266, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n4/09.pdf>>. Acesso em: 28 Jul. 2013.
- BORGES, H. P., CRUZ, N.C., MOURA, E.C. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, Ago. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2008001400007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001400007)>. Acesso em: 04 Jan. 2014.
- BRANDÃO, A. *et al.* Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.32, s.1, São Paulo, Set. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002010000500003>>. Acesso em: 31 Out. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>>. Acesso em 01 Jan. 2014.
- CUPPARI, L. Nutrição Clínica no Adulto. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar**, UNIFESP/Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Manole, 2002.
- HIPERDIA. Banco de dados. Hiperdia. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br>>. Acesso em: 05 Jun. 2013.
- IBGE. Censo Demográfico 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 30 Out. 2013.
- JUNIOR, E. D. S. *et al.* Eficácia e segurança no tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial em pacientes internados na clínica geral de um hospital público. **Revista Brasileira de Farmácia**, v.89, n.4, p.302-307, 2008. Disponível em: <[http://www.rbfarma.org.br/files/pag\\_302a307\\_eficacia\\_seguranca.pdf](http://www.rbfarma.org.br/files/pag_302a307_eficacia_seguranca.pdf)>. Acesso em: 28 Jan. 2014.
- KITHAS, P. A.; SUPIANO, M. A. Practical recommendations for treatment of hypertension in older patients. **Journal of Vascular Health and Risk Management**, [S.l.], v.6, n.9, p.561-569, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2922317/>>. Acesso em: 01 Jan. 2014.

LESSA, I. Não adesão ao tratamento da hipertensão arterial – consequências econômicas para o indivíduo e para a sociedade. In: Nobre F.; Pierin A.M.G.; Mion Jr D. **Adesão ao tratamento - o grande desafio da hipertensão**. São Paulo, 2001.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.8, São Paulo, 2010. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000800001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000800001)>.  
Acesso em: 01 Jan. 2014.

LEWINGTON, S. *et al.* For the Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. **The Lancet**, v.360, p.1903-1913, 2002. Disponível em: <  
<http://www.sbc-sc.org.br/sistema/categorias/materias/assets/palestras/20-09-2006/estudos/08-age-specificrelevance.pdf>>. Acesso em: 31 Out. 2013.

MANFROI, A., OLIVEIRA, F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.2, n.7, p.165-176, Rio de Janeiro, Out/Dez, 2006. Disponível em: <  
<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/52/42>>. Acesso em: 28 Jan. 2014.

MENDES, R.; BARATA, J. L. T. Envelhecimento e pressão arterial. **Acta Medica Portuguesa**, v.21, n.2, p.193-198, 2008. Disponível em: <  
<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/769/446>>.  
Acesso em: 31 Out. 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. Disponível em: <  
[http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha\\_guia\\_saude\\_idoso.pdf](http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha_guia_saude_idoso.pdf)>. Acesso em: 01 Jan. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=36868&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=36868&janela=1)>.  
Acesso em: 30 Out. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção básica Nº 37. Portal da atenção básica. 2013. Disponível em: <[dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo+publicacoes/cab37](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo+publicacoes/cab37)>.  
Acesso em: 31 Out. 2013.

MIRANDA, R. D.; STRUFALDI, M. B. Tratamento não medicamentosos: dieta DASH. In: BRANDÃO, A. A.; AMODEO, C.; FERNANDO, M. **Hipertensão**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MOCHEL, E. G. *et al.* 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, p.90-101, Salvador, Jan/Jun, 2007.

MORAES, P. A., BERTOLOZZI, M. R., HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.1, p.19-25, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/03.pdf>>. Acesso em: 27 Jan. 2014.

NETO, L. B. D. *et al.* Diagnóstico de enfermagem identificado em pacientes atendidos na liga de hipertensão do hospital universitário. **Revista do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão**, v. 7, n. 1, p.24-29, Jan/Ago, 2006. Disponível em: <[http://www.huufma.br/site/estaticas/revista\\_hu/pdf/Revista\\_HU\\_Volume\\_7\\_1-2\\_JAN\\_AGO\\_2006.pdf](http://www.huufma.br/site/estaticas/revista_hu/pdf/Revista_HU_Volume_7_1-2_JAN_AGO_2006.pdf)>. Acesso em: 04 Jan. 2014.

OLIVEIRA, N. M. C. M. **Prevalência e fatores de risco da hipertensão arterial numa comunidade de periferia urbana no município de João Pessoa, PB. 2004.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Banco de dados da Prefeitura Municipal de Gurinhata**, Gurinhata, 2013.

SILVA, C. S. *et al.* Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.3, p.584-590, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00584.pdf>>. Acesso em: 27 Jan. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, 2010. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)>. Acesso em: 03 Jul. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2013. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/geral/acampanha.asp>>. Acesso em: 31 Dez. 2013.