

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

DJALMA OLÍMPIO MAIA SANT'ANA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO PARA O AUMENTO DA ADESÃO AO
TRATAMENTO**

GIRAU DO PONCIANO/ALAGOAS

2014

DJALMA OLÍMPIO MAIA SANT'ANA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO PARA O AUMENTO DA ADESÃO AO
TRATAMENTO**

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

Tutor: Profa. Ms. Nathália Silva Gomes

GIRAU DO PONCIANO/ALAGOAS

2014

DJALMA OLÍMPIO MAIA SANT'ANA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO PARA O AUMENTO DA ADESÃO AO
TRATAMENTO**

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

Tutor: Profa. Ms. Nathália Silva Gomes

Banca examinadora:

Aprovada em Belo Horizonte: __/__/__

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Tutora e Orientadora Profa. Ms. Nathália Silva Gomes pela orientação clara e objetiva.

A todos os tutores pela paciência e pela dedicação ao longo da Especialização.

Agradeço a minha Mãe, Pai e família pela paciência e por não ficarem sentidos pela minha ausência.

Aos amigos, que são o meu maior tesouro.

A toda a turma de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

A Comunidade Alecrim por me permitir realizar ações como esta e ter me acolhido de braços abertos.

RESUMO

A Hipertensão Arterial está no agravante de saúde pública, pois é através dela que podem aparecer várias outras doenças degenerativas. Entender as dificuldades de compreensão da doença pelo indivíduo e da importância do tratamento tem se tornado um desafio para os profissionais da saúde. Seu controle está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico. Após uma análise com a equipe de saúde, observou-se que a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão é o maior desafio enfrentado pelos profissionais. Objetivou-se propor um plano de intervenção para uma melhor adesão ao tratamento de hipertensão arterial na Unidade de Saúde da Família Alecrim. Foram realizadas Atividades educativas com os hipertensos da comunidade. Essas atividades são constituídas de cinco fases: 1. Análise conceitual da Hipertensão Arterial Sistêmica; 2. Capacitação com os profissionais do nível médio/técnico; 3. Mapeamento do grupo de intervenção; 4. Desenvolvimento das Atividades; 5. Técnicas Auxiliares de longo prazo. A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença que interfere diretamente na qualidade de vida dos indivíduos portadores da mesma, ela é a causa do desenvolvimento de várias outras doenças. A completa adesão ao tratamento por todos os pacientes é feita de forma lenta e deve ser estruturada com vários segmentos envolvidos: famílias e profissionais, porém sempre é sempre levado o paciente como ator principal do processo.

Palavras-chave: Hipertensão. Saúde Pública. Tratamento.

ABSTRACT

The Hypertension is aggravating in public health because it is through its that several other degenerative diseases may appear. Understand the difficulties of thoughtful the disease for the individual and the importance of treatment has become a challenge for health professionals. Its control is directly related to the degree of patient adherence to the therapeutic regimen. After a review with the health team, noticed that patients' adherence to treatment of hypertension is the biggest challenge faced by professionals. The general objective of this work is to propose an action plan for better adherence to treatment of hypertension in the Health Unit Family Alecrim. Educational activities were held with hypertensive community. These activities consist of five phases: 1. Conceptual analysis of Hypertension (HBP) 2. Training with professional medium/technical level 3. Mapping the intervention group; 4. Development Activities 5. Ancillary Techniques long term. The Systemic Arterial Hypertension is a disease that directly affects the quality of life of patients with the same individuals, it is the cause of the development of many other diseases. Full adherence to treatment for all patients is done slowly and should be structuralized with several various segments involved: families and professionals, but when the patient is always taken as the main actor in the process.

Keywords: Hypertension. Public Health. Treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DCV	Doenças Cardiovasculares
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IMC	Índice de Massa Corpórea
MAPA	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 Classificação da hipertensão arterial para adultos maiores de 18 anos.....	15
Quadro 1 Procedimento para aferição da Pressão Arterial.....	18
Quadro 2 Cronograma de atividades.....	21

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	JUSTIFICATIVA	12
3	OBJETIVOS	13
3.1	OBJETIVO GERAL	13
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
4	MATERIAIS E MÉTODOS	14
4.1	REFERENCIAL TEÓRICO	14
4.2	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	19
4.2.1	Análise conceitual da Hipertensão Arterial Sistêmica	19
4.2.2	Capacitação com os profissionais do nível médio/técnico	19
4.2.3	Desenvolvimento das Atividades	19
4.2.4	Técnicas Auxiliares de longo prazo	20
4.2.5	Resultados Esperados	20
4.2.6	Cronograma do Plano Operativo	21
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
	REFERÊNCIAS	23
	APÊNDICE A	25

1 INTRODUÇÃO

O município de Girau do Ponciano está localizado na região central do Estado de Alagoas (AL), limitando-se a norte com os municípios de Jaramataia e Craíbas, a sul com Campo Grande e Traipu, a leste com Lagoa da Canoa e a oeste com Traipu. A área municipal ocupa 502,23 km² (1,81% do estado de AL), inserida na mesorregião do Agreste Alagoano e na microrregião de Arapiraca. A sede do município tem uma altitude aproximada de 244 metros e coordenadas geográficas de 9°53'02,4'' de latitude sul e 36°49'44,4'' de longitude oeste. O acesso a partir de Maceió é feito através da rodovia pavimentada BR-316, BR-101, AL-220 e AL-115, com percurso total em torno de 161 km.

O município foi criado em 1958. O povoamento se deve a um caçador de nome Ponciano que, com duas outras pessoas, instalou um girau para suas caçadas, aproveitando a caça abundante. Assim, se fundou a primeira propriedade. Anos depois, dona Cidade Rodrigues e seus filhos, Manoel e Antônio, implantaram nova propriedade. Trouxeram muito movimento para a região, dada a fertilidade de suas terras. Foi rápido o progresso de Belo Horizonte, primeiro nome do lugarejo que, com justiça, recebeu a denominação de Ponciano (IBGE, 2014).

Segundo o censo 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população total residente é de 29.574 habitantes, dos quais 14.777 do sexo masculino (49,97%) e 14.797 do sexo feminino (50,03%). São 8.858 os habitantes da zona urbana (29,90%) e 20.716 os da zona rural (70,10%). A densidade demográfica é de 58,88 hab/km². A rede pública de saúde dispõe de um hospital com 50 leitos, oito Unidades Ambulatoriais, três Postos de Saúde e um Centro de Saúde. Não existem consultórios médicos ou odontológicos registrados no município.

Alecrim é um povoado que pertence ao município de Girau do Ponciano, atualmente, apresenta 553 famílias cadastradas, sendo atendidos por uma Equipe de Saúde da Família (ESF) e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A Unidade de Saúde funciona de segunda à sexta, no(s) horário(s) de 08h00minh às 16h00min. A ESF atende seis microáreas, com uma população de 2.104 habitantes. A Equipe é composta por um médico clínico-geral, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, uma técnica em enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde (ACS) e um motorista.

Na UBS Alecrim, há dificuldade de mapeamento dos indivíduos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), pois as populações principalmente de comunidades remotas que vivem basicamente da produção para subsistência só percebem que estão doentes

quando as suas atividades diárias são afetadas pela doença e, a partir desse momento, que é feito a procura do profissional de saúde. Outra dificuldade encontrada é a dificuldade da adesão dos pacientes ao tratamento, constituindo-se o maior desafio enfrentado pelos profissionais.

Nos últimos anos, as doenças crônicas não transmissíveis têm ganhando atenção especial dos profissionais, pois essas estão se destacando como as principais causas de morte em todo mundo (WHO, 2002). A HAS, em específico, constitui-se uma das principais causas associadas à doenças cardiovasculares. Estima-se que haja cerca de um bilhão de indivíduos hipertensos no mundo, sendo que aproximadamente 7,1 milhões de óbitos por ano podem ser atribuídos à hipertensão arterial (CHOBANIAN, 2003).

Assim, estudar a HAS como um problema de saúde pública significa conhecer parte da carga social em que os portadores dessa doença estão inseridos, além de traçar melhores formas para o tratamento da mesma. Entender as dificuldades de compreensão da doença pelo indivíduo e a importância do tratamento tem se tornado um desafio para os profissionais da saúde.

A HAS destaca-se por ter uma história natural prolongada, vários e complexos fatores de risco, causas etiológicas e biológicas. Apresenta um quadro clínico assintomático, em grande parte dos indivíduos, o que interfere no diagnóstico da mesma. Constituem-se fatores de risco a idade, a hereditariedade, o sexo e a raça. Tais fatores afetam numericamente mais os indivíduos do sexo masculino. A situação se inverte quando as mulheres chegam à meia-idade, período em que a doença se apresenta mais nesse grupo.

Sabe-se que para o controle da doença, é imprescindível a adesão ao tratamento, expressa pelo comportamento dos portadores em tomar medicamentos, aceitar a dieta orientada, comparecer às consultas médicas agendadas, em suma, mudança do estilo de vida (HORWIZ; HORWIZ, 1993).

2 JUSTIFICATIVA

Após uma análise com a equipe de saúde da USF Alecrim, observou-se que a adesão dos pacientes ao tratamento da HAS é o maior desafio enfrentado pelos profissionais. Diante disso, percebeu-se a necessidade da realização de um trabalho de revisão de literatura que embasasse o desenho de uma intervenção que busque conscientizar os pacientes hipertensos sobre a importância da adesão ao tratamento, proporcionando-lhes melhor qualidade de vida e diminuição dos agravos. Esse tema foi escolhido justamente pela falta de informação que a população tem sobre a doença, muitas vezes apenas tendo consciência que a possui, mas sabendo a forma correta de controlá-la. Por ser uma comunidade remota há uma dificuldade para a obtenção de um estilo de vida favorável ao tratamento da HAS, como a impossibilidade de estrutura para exercícios físicos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Elaborar um plano de intervenção visando aumentar adesão ao tratamento de hipertensão arterial na Unidade de Saúde da Família Alecrim.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e analisar os fatores que influenciam a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial na Equipe de Saúde da Família Alecrim.

4 MÉTODOS

4.1 REFERENCIAL TEÓRICO

A pressão arterial é aquela existente no interior das artérias e comunicada às suas paredes. Quando os ventrículos se contraem, o ventrículo esquerdo ejeta sangue para a artéria aorta. Essa contração recebe o nome de sístole. No momento dessa contração, a pressão nas artérias se torna máxima e elas se distendem um pouco (OLIVEIRA, 2008). Esta é a pressão sistólica.

Quando os ventrículos relaxam, há a diástole. Nesse momento, o sangue que está na aorta tenta refluir, mas é contido pelo fechamento da válvula aórtica, que evita que ele retorne ao ventrículo, a pressão nas artérias cai a um valor mínimo, chamada pressão diastólica (GUSMÃO et al., 2005). Silva (2004, p. 2) define a Hipertensão Arterial Sistêmica:

Hipertensão arterial é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ ou 90 mm Hg de diastólica — em pelo menos duas aferições subsequentes — obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranquilo. Quase sempre, acompanham esses achados de forma progressiva, lesões nos vasos sanguíneos com consequentes alterações de órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina. Geralmente, é uma doença silenciosa: não dói, não provoca sintomas, entretanto, pode matar. Quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações.

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) (2007), a HAS é uma das doenças de maior prevalência mundial e representa grave problema de saúde no país, não só pela elevada prevalência, cerca de 20% da população adulta, como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, ou não tratados de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento. A classificação utilizada, mais recente, é preconizada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia baseada em parâmetros norte-americanos (SILVA, 2004).

No Brasil, estima-se que cerca de 30% da população adulta seja hipertensa. Entre os idosos, este percentual chega a 60% (OLIVEIRA, 2008). Calcula-se que a HAS esteja associada a 47% dos casos de doença isquêmica cardíaca e 54% dos casos de acidente vascular cerebral (AVC) (LAWES, 2008).

Cerca de 1,56 bilhões de pessoas podem sofrer de hipertensão arterial em 2025, 60% a mais do que atualmente, o que provocaria uma epidemia global de doenças cardiovasculares, segundo um relatório publicado em abril de 2007, em uma conferência sobre hipertensão arterial no mundo. O estudo foi realizado por uma equipe de especialistas da London School of Economics, do Instituto Karolinska (Suécia) e da Universidade do Estado de Nova York (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2007, p. 2).

Principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, a HAS atinge prevalências alarmantes no mundo todo. A morbidade e mortalidade das doenças do aparelho circulatório ocupam o primeiro lugar nos levantamentos nacionais e internacionais, impactando numa maior ocupação dos leitos hospitalares e, conseqüentemente, maiores gastos com saúde (NAKAMOTO, 2013).

Tabela 1: Classificação da hipertensão arterial para adultos maiores de 18 anos de acordo com os níveis tensionais e recomendação para segmento modificado de acordo com as condições clínicas do paciente.

Categoria	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)	Seguimento recomendado
Ideal	< 120	e < 80	Reavaliar em dois anos
Pré-hipertensão	120-139	ou 80-89	Reavaliar em um ano
Hipertensão estágio 1	140-159	ou 90-99	Reavaliar em dois meses
Hipertensão estágio 2	≥ 160	ou ≥ 100	Reavaliar em um mês

Fonte: CHOBANTAN *et al.*, 2003.

A HAS conceitualmente retrata níveis elevados e sustentados da pressão arterial de etiologia multifatorial (CHOBANIAN, 2003). Tais elevações conferem modificações metabólicas, funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo, associados a uma maior morbimortalidade cardiovascular (SBC, 2010).

Importante desafio para a saúde pública do mundo todo estima-se que cerca de 20% da população adulta mundial seja hipertensa, sendo que sua prevalência se eleva para próximo de 50% nos indivíduos acima de 60 anos. Mais alarmante o fato de que mais de 40% da população hipertensa não esteja recebendo algum tipo de tratamento e que apenas cerca de

30% esteja com seus níveis pressóricos controlados (NAKAMOTO, 2012). A HAS é o principal fator de risco preditivo para AVC isquêmico, pois está presente em cerca de 70% dos casos de Doenças Cardiovasculares (DCV) (PIRES, 2005).

A HAS pode ser dividida em primária (essencial) ou secundária. A primária corresponde a cerca de 90% a 95% dos casos em adultos, tendo como desencadeantes fatores genéticos e/ou fatores que promovam desequilíbrio entre o débito cardíaco e a resistência vascular periférica. Quanto à HAS secundária, 2% a 10% dos casos, apresenta múltiplas e possíveis causas:

1. Renais: rins policísticos, doença renal crônica, obstrução do trato urinário, tumores produtores de renina etc.;
2. Vasculares: coarctação de aorta, vasculites e doenças vasculares do colágeno;
3. Endócrinas: causas exógenas como uso de esteróides, contraceptivos orais e anti-inflamatórios inibidores da COX 1 e 2; causas endógenas: hiperaldosteronismo primário, síndrome de *Cushing*, feocromocitoma e hiperplasia adrenal congênita;
4. Neurogênicas: tumor cerebral, poliomielite bulbar e hipertensão intracraniana;
5. Drogas: álcool, cocaína, ciclosporina, tacrolimus, eritropoietina, anti-inflamatórios não hormonais etc.;
6. Outros: hiper ou hipotireoidismo, hiperparatireoidismo, hipercalcemia, acromegalia, apneia do sono e hipertensão induzida pela gravidez.

Com o envelhecimento da população e uma maior prevalência de fatores de risco, como obesidade, tabagismo, síndrome metabólica, etilismo e ingestão excessiva de sal, estima-se, segundo estudo publicado por Kearney et al. (2005), que em 2025, 1,56 bilhão (29% da população mundial) de indivíduos serão hipertensos, principalmente nos países em desenvolvimento econômico (IBGE, 1998).

O tratamento deve ser realizado de duas maneiras, medicamentoso e não-medicamentoso. O objetivo final da terapia anti-hipertensiva é diminuir a morbimortalidade de pacientes que apresentam risco cardiovascular elevado e a prevenção primária de AVC, visto que a manutenção dos níveis pressóricos inferiores a 140x90 mmHg está associado a diminuição das complicações cardiovasculares (CHOBANIAN, 2003).

O tratamento não-medicamentoso inclui a adoção de hábitos de vida saudáveis, proporcionando a diminuição da pressão arterial, aumentando a eficácia do tratamento medicamentoso e diminuindo o risco cardiovascular. A diminuição do peso corporal e a

manutenção do peso ideal, observando o Índice de Massa Corpórea (IMC) (entre 20 e 25 kg/m²) previne o desenvolvimento da HAS.

A HAS 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 AVC, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA=140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido. A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como: Doença cérebro-vascular; Doença arterial coronariana; Insuficiência cardíaca; Doença renal crônica e Doença arterial periférica.

Os médicos, os enfermeiros e os demais profissionais da saúde, em especial da rede básica têm dado importância primordial nas formas de como montar estratégias para o controle da HAS. Essas novas estratégias vão desde a forma de mapear famílias com indivíduos de risco, passando pelo diagnóstico e até o tratamento. A conduta terapêutica requer esforços para informar e educar o paciente portador da doença e qual a melhor forma de iniciar e continuar o tratamento.

É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Um agravante é o fato de que grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (MS, 2006).

O diagnóstico da HAS é realizado por meio da aferição da pressão dos pacientes em diferentes condições. Deve ser realizado por um profissional que esteja qualificado e por meio de equipamentos calibrados e sob técnicas padronizadas. Além da aferição em consultório, a HAS pode ser diagnosticada e acompanhada pela automedida da pressão arterial; monitorização residencial da pressão arterial(MRPA)e monitorização ambulatorial da pressão arterial de 24 horas (MAPA).

O Quadro 2 aborda como realizar a aferição correta da pressão arterial:

Quadro 1: Procedimento para a medida da pressão arterial

1. Explicar o procedimento ao paciente, orientando que não fale e descanse por 5-10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável. Promover relaxamento, para atenuar o efeito do avental branco (elevação da pressão arterial pela tensão provocada pela simples presença do profissional de saúde, particularmente do médico).
2. Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos há 60-90 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes; e não está com as pernas cruzadas.
3. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolver pelo menos 80%.
4. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.
5. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.
6. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível a pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.
7. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.
8. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determinou a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente.
9. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de *Korotkoff*), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de *Korotkoff*). Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de *Korotkoff*).
10. Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco.
11. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.
12. O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento.

Fonte: Ministério da Saúde, 2006.

Ressalta-se que na aferição da pressão arterial de idosos, devem ser observados dois aspectos importantes:

- Maior frequência de hiato auscultatório, que consiste no desaparecimento dos sons na ausculta durante a deflação do manguito, geralmente entre o final da fase I e o início da fase II dos sons de *Korotkoff*. Tal achado pode subestimar a verdadeira pressão sistólica ou superestimar a pressão diastólica;
- Pseudo-hipertensão: caracterizada por nível de pressão arterial falsamente elevado em decorrência do enrijecimento da parede da artéria. Pode ser detectada por meio da manobra de

Osler, que consiste na inflação do manguito no braço até o desaparecimento do pulso radial. Se a artéria for palpável após esse procedimento, sugerindo enrijecimento, o paciente é considerado Osler-positivo (MS, 2006).

4.2 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O plano operativo de intervenção para o aumento da adesão dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica na comunidade do Alecrim foi dividido em cinco etapas. É importante frisar que essas etapas foram pensadas de forma que a realidade local seja respeitada levando em consideração também os aspectos socioeconômicos.

O Alecrim é uma comunidade remota e pequena os procedimentos do plano de intervenção serão pensados de forma geral para indivíduos maiores de 40 anos, homens e mulheres independente da sua situação conjugal que apresentarem o diagnóstico de HAS e também para indivíduos que possam a vir desenvolver a doença em decorrer da não-adoção de um estilo de vida saudável, nesses serão focado o conceito prevenção à HAS.

4.2.1 Análise conceitual da Hipertensão Arterial Sistêmica

A primeira fase do Plano de Intervenção tem como finalidade uma visão geral sobre a doença por meio de pesquisa bibliográfica em teses, dissertações, artigos e revistas *online* que tratam do tema. Bases como periódicos da CAPES, Scielo e Google Acadêmicos são boas ferramentas de utilização.

4.2.2 Capacitação com os profissionais do nível médio/técnico

Essa etapa visa capacitar os profissionais do nível médio/técnico para os cuidados oferecidos por eles aos indivíduos. A capacitação terá um teor mais de sensibilização para os riscos da Hipertensão e para a forma de tratamento (medicamentoso e não medicamentoso). Serão organizadas reuniões para explicar os benefícios e a importância do plano operativo.

4.2.3 Mapeamento do grupo de intervenção

Será realizada pesquisa nos prontuários dos pacientes para a verificação e compilação dos dados visando a identificação dos pacientes já hipertensos e/ou em situação de desenvolvimento da doença. Os ACS ficaram encarregados por essa fase.

4.2.4 Desenvolvimento das Atividades

Primeiramente, haverá uma verificação de como os pacientes que já são portadores da HAS estão sendo tratados para que haja a possibilidade de sistematizar o acompanhamento. Os aspectos levados em consideração serão: cadastro dos pacientes, a correta distribuição dos medicamentos, atendimento individual e em grupo (caso haja).

O processo de desenvolvimento das atividades dar-se-á por um momento pedagógico de reunião com os pacientes (e pessoas interessadas em comparecer ao evento). Será realizado nas dependências do posto de saúde da comunidade.

Acerca do tratamento não-medicamentoso as oficinas/palestras serão voltadas para os seguintes eixos: dieta hipossódica; influência da obesidade; álcool e tabagismo; atividade física; e fatores de risco cardiovasculares. Esses temas foram escolhidos visando estimular a adesão total ao tratamento pelos pacientes.

4.2.5 Técnicas Auxiliares de longo prazo

A partir dos passos anteriores será instituído na terceira fase do plano, técnicas em longo prazo para a manutenção da adesão dos paciente ao tratamento. Essas técnicas são as seguintes: a) O médico e o enfermeiro, nas consultas, explicam enfaticamente a importância do controle da doença e da administração correta de medicações, reeducação alimentar e exercício físico. Evitando o uso de expressões nas receitas como 8/8h, SOS e outras siglas análogas que possa confundir os pacientes; b) Ao solicitar as medicações na farmácia, o paciente receberá novas explicações sobre os horários e a forma correta tomar os remédios, apenas reforçando o que o médico e o enfermeiro já haviam dito; c) O ACS verifica se o paciente está seguindo o tratamento por meio de conversas e observações nas visitas domiciliares; d) Realização da Integração dos profissionais nutricionista, educador físico e fisioterapeuta, que fazem parte do NASF, para a reeducação alimentar, prevenir lesões através dos exercícios e ergonomia no trabalho (realização de palestras).

4.2.6 Resultados Esperados

No final do processo de intervenção é esperado que, para o controle da HAS todos os pacientes envolvidos no sejam adeptos ao tratamento, buscando cada dia mais superar as barreiras socioeconômicas que o dificultam. Espera-se que a equipe da saúde da família esteja sempre atenta a esses pacientes para que haja um direcionamento eficaz, onde as atividades desenvolvidas dentro do programa de hipertensos sejam mais motivadoras intensas. Espera-se o controle da pressão arterial da população da comunidade Alecrim.

4.2.7 Cronograma do Plano Operativo

Quadro 2: Cronograma de Atividades.

Cronograma	Jan	Fev	Mar	Abr	Jun	Jul
Mapeamento do Grupo de Estudo	X					
Atividades com o Grupo de Estudo		X	X			
Visita Domiciliares			X	X		
Atividade em Grupo				X	X	
Atividades de manutenção de adesão						X

Fonte: próprio autor.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

À luz da literatura é perceptível que a HAS é uma doença que interfere diretamente na qualidade de vida dos indivíduos portadores da mesma, ela é a causa do desenvolvimento de várias outras doenças. O povoado Alecrim é uma comunidade remota e o Plano Operativo aqui desenvolvido tendo a beneficiar os portadores da doença, melhorando assim a saúde pública da região. Faz a necessidade de ações executivas e educativas individuais e em grupo. As ações educativas em grupo também fazem com que os integrantes percebam problemas comuns, sendo estimulados a desenvolver o auto cuidado, aumentando assim a adesão e a eficácia do tratamento.

A completa adesão ao tratamento por todos os pacientes é feita de forma lenta e deve ser estruturada com os diversos segmentos envolvidos: famílias, profissionais e pacientes.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério de Minas e Energia. **Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea estado de alagoas: diagnóstico do município de Girau do Ponciano.** Recife, 2005.

CAMPOS, R.; COLOMBARI, E.; CRAVO, S.; LOPES, O. U. Hipertensão arterial: o eu tem a dizer o sistema nervoso. IN: SILVA, Jorge Luis Lima; SOUZA, Solange Lourdes de - Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, 2004.

CHOBANIAN, A. et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **Hypertension**, v. 42, n. 6, p. 1206-1252, 2003.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Rio de Janeiro, 1998.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Histórico: Girau do Ponciano – AL. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/historicos_cidades/historico_conteudo.php?codmun=270290>. Acesso em: 21 de Dezembro de 2013.

KEARNEY, P.M.; WHELTON, M.; REYNOLDS, K.; MUNTNER, P.; WHELTON, PK. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. **Lancet**, n. 365, v. 9455, p. 217-223, 2005.

NAKAMOTO, A.Y. K. **Como Tratar e Diagnosticar Hipertensão Arterial Sistêmica.** Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5009> Acesso em: 21 de Dezembro de 2013.

NAKAMOTO, A. Y. K. **Hipertensão arterial sistêmica.** Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=5009&fase=imprime>. Acesso em: 12 de Dezembro de 2013.

PIRES, S. L.; GAGLIARDI, R. J.; GORZONI, M. L. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arq. Neuropsiquiátrica**, São Paulo, v. 62, n. 3, 2004.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Brasileirade Cardiologia**, n. 95, v. 1, p. 1-51, 2010.

V Diretriz para uso da monitorização ambulatorial da pressão arterial / III Diretriz para o uso da monitorização residencial da pressão arterial. The World Health Report, 2002: reducing risks, promoting healthy life. **Arq Brasileira de Cardiologia**, n. 95, v. 1, p. 1-51, 2010.

WHO. The World Health Report, 2002: reducing risks, promoting healthy life. n. 71, p. 1513-1518, 2008.

APÊNDICE A**Questionário para a verificação da aceitação das palestras e atividades educativas.**

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Estado Civil: _____

QUESTÕES

1. Como você avalia o evento?

 Ruim Regular Ótimo

2. Com relação as atividades desenvolvidas?

 Ruim Regular Ótimo

3. O espaço utilizado:

 Ruim Regular Ótimo

4. Os profissionais que estavam desenvolvendo as atividades:

 Ruim Regular Ótimo

5. Você, hipertenso já faz a adesão ao tratamento?

 Parcialmente Totalmente

6. Caso não faça o tratamento totalmente as informações aqui passadas foram úteis para aumentar a adesão total ao tratamento?

 Parcialmente Totalmente

Obs.:
