

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

LUIZ HENRIQUE DA SILVA AZEVEDO

**Ações para redução da prevalência de hipertensão arterial na população
residente na área de abrangência do ESF Bonfim-Traçadal**

Montes Claros – Minas Gerais

2014

LUIZ HENRIQUE DA SILVA AZEVEDO

Ações para redução da prevalência de hipertensão arterial na população residente na área de abrangência do ESF Bonfim-Traçadal

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

Orientador: Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes.

Montes Claros – Minas Gerais

2014

LUIZ HENRIQUE DA SILVA AZEVEDO

Ações para redução da prevalência de hipertensão arterial na população residente na área de abrangência do ESF Bonfim-Traçadal

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes orientadora

Profa. Dra. Ana Paula Porfírio Couto, UFMG

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à comunidade de Bonfim-Traçadal em Rio Pardo de Minas.

Á minha família e ao meu filho Benício.

AGRADECIMENTOS

A Deus, o Autor e Consumador de minha fé e por quem foi possível a execução deste trabalho, à Universidade pela oportunidade de desenvolver, aos professores e orientadores pela compreensão e dedicação, a todos os meus familiares e ao meu filho Benício.

*“Que os teus alimentos sejam os teus remédios e
que os teus remédios sejam os teus alimentos”*

Hipócrates.

RESUMO

Este trabalho é a sequência de um estudo para o diagnóstico situacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Bonfim Traçadal em Rio Pardo de Minas - MG. O objetivo foi desenvolver com a equipe de Saúde da Família de um plano de ação para resolver o problema identificado como uma prioridade na região, hipertensão. A metodologia consistiu na realização de uma revisão de literatura da rede científica, SCIELO e textos -padrão relacionadas com o problema que afeta cerca de 12% da população adulta residente no território. Verificou-se que os principais fatores para a alta prevalência de hipertensão são: a falta de uma programação eficaz de atividades educativas, não utilização de protocolos clínicos, altas taxas de sedentarismo e falta de fé por pacientes e parentes que o tratamento inadequado pode levar a riscos e as complicações da hipertensão. Para controlar a doença, o tratamento medicamentoso, mudanças de comportamento, os hábitos alimentares, o compromisso por parte do paciente, da família e do envolvimento de todos os ESF são a chave para o sucesso do tratamento. Concluímos o trabalho, apresentando um plano de ação para a educação continuada, para tratar a insuficiência de atividades educacionais destinado aos membros da ESF e os pacientes hipertensos para controlar melhor a doença.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica; Prevenção; Educação em Saúde.

ABSTRACT

This work is the sequence of a study for situational diagnosis of Family Health Strategy (FHS) of Bonfim Traçadal in Rio Pardo de Minas - MG. The objective was to develop with the Family Health Team an action plan to address the problem identified as a priority in the region, hypertension. The methodology consisted of conducting a literature review of the scientific network, SCIELO and standard texts related to the problem that affects about 12 % of the adult population residing in the territory. It was found that the main factors for the high prevalence of hypertension are lack of effective programming of educational activities, non-use of clinical protocols, high rates of physical inactivity and lack of belief by patients and relatives that inadequate treatment can lead to risks and complications of hypertension. To control the disease, drug treatment, changes in behavior, eating habits, commitment by the patient, family, and the involvement of all FHS are the key to successful treatment. We conclude the work by presenting an action plan for continuing education, to address the inadequacy of educational activities destined to the members of the FHS and hipertensive patients to control better the disease.

Keywords : Hypertension , Prevention , Health Education

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Diagnóstico situacional	164
1.2 Justificativa	16
1.3 Objetivos	177
1.4 Metodologia	175
2 BASES CONCEITUAIS	
2.1 O controle da HAS	197
2.2 Ações interdisciplinares na ESF para o controle da hipertensão	222
2.3 Padrões e projetos do SUS para as práticas de saúde física, mental e alimentação saudável a ser adotado pela população com HAS.	23
2.3.1 Atividade Física.	24
2.3.2 Implementação de caminhadas e atividades físicas associado a hábitos alimentares para melhorar a qualidade de vida dos pacientes	254
2.3.3 Alimentação saudável	26
2.4 Uso correto das medicações prescritas no controle da HAS	28
3. PROPOSTA DE AÇÃO	Erro!
Indicador não definido.	
4 CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	33

LISTA SE SIGLAS

ACS : Agente Comunitário de Saúde

ANSS: Agencia Nacional de Saúde Suplementar.

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVC : Acidente Vascular Cerebral

DAC : Doença Arterial Coronária

ESF: Estratégia da Saúde da Família

FAO: Food and Agriculture Organization.

IAM : Infarto Agudo do Miocárdio

PNM : Política Nacional de Medicamentos

SUS : Sistema Único de Saúde

1 INTRODUÇÃO

1.1 Diagnóstico Equipe de Saúde de Família (ESF) Bonfim - Traçadal

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), vertente brasileira da APS, caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado, como é o caso do SUS. A ESF vem provocando, de fato e de direito, um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no país. (SAUDE, 2010)

Bonfim - Traçadal é composta por uma população rural de aproximadamente 3.602 pessoas e 780 famílias em 2013, localizada no município de Rio Pardo de Minas, na região de Montes Claros e microrregião de Salinas, distante 730 km da capital do estado de Minas Gerais,

A cidade atualmente tem uma população de 29.099 pessoas, sendo que em sua maior parte está concentrada na zona rural, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE, 2013).

O território em que a ESF Bonfim-Traçadal atua é uma região com uma população de baixo nível sócio econômico, possui um alto índice de desemprego, principalmente sazonal, já que boa parte da mão de obra ativa trabalha em lavouras diversas e produções agrícolas sazonais em outras regiões de acordo com os dados estatísticos levantados pela Equipe de Saúde da Família (PREFEITURA DE RIO PARDO DE MINAS, SIAB, 2012).

A estrutura física ESF Bonfim-Traçadal é composta por recepção, sala de espera, sala de curativos, sala de vacina, consultório clínico, consultório odontológico, consultório ginecológico, sala de observação, sala de enfermagem, almoxarifado, expurgo, CME, copa, DMC, vestiário masculino e feminino.

Todos os profissionais cumprem uma carga horária de 40 horas semanas.

Tabela 1 Quadro de Funcionários da (ESF) de Bonfim Traçadal, Rio Pardo de Minas, MG, Dezembro 2013.

Categoria	Número	Situação funcional
Médicos	01	Ativo
Enfermeiro	01	Ativo
Odontólogo	01	Ativo
Auxiliar de saúde bucal	01	Ativo
Técnico de enfermagem	01	Ativo
Visitador sanitário	01	Ativo
Agente comunitário de saúde	06	Ativo
Recepcionista	01	Ativo
Faxineira	02	Ativo
Total	15	

Fonte: (ESF- Bonfim Traçadal, 2013), elaborado pelo autor.

Em levantamento feito pela ESF Bonfim-Traçadal no ano de 2013 eram esperados 340 hipertensos para controle, porém quando foi feita a averiguação dos registros, estes não foram encontrados, não existindo controle dos hipertensos e não sendo possível evidenciar em imediato se foi por falta do registro ou do controle pressórico não efetuado.

Diante de análises feitas em estudo de campo, pôde-se perceber que os nós críticos do problema selecionado (Hipertensão mal – controlada) podem ser caracterizados por:

1. Falta de programação eficiente das atividades da equipe (causando agendas lotadas, atrasos nos atendimentos, aumento da demanda espontânea);
2. Não utilização de protocolos clínicos e de organização do serviço para HAS (condutas divergentes, não estabelecimento de metas);
3. Falta de equidade na distribuição das consultas. Dos 340 hipertensos confirmados, em média apenas 140 já passaram pela consulta médica.
4. A falta de processos educativos que esclareçam a população e agentes de saúde acerca dos riscos do uso incorreto dos medicamentos e de seus efeitos colaterais nas HAS.

5. Controle do sedentarismo, tabagismo e Alcoolismo em pacientes hipertensos.

A equipe de Saúde da Família (ESF) Bonfim-Traçadal do município de Rio Pardo de Minas-MG é responsável por um território onde residem 765 famílias, o que representa uma população de 3062 pessoas. De acordo com o diagnóstico situacional desse território, identificou-se como problema prioritário para enfrentamento da equipe a alta prevalência de hipertensão arterial, visto que tal doença acomete cerca de 12% da população residente nesse território. Quanto aos nós críticos desse problema, foi identificada a falta de programação eficiente das atividades, a não utilização de protocolos clínicos, sedentarismo e a falta do entendimento dos riscos e agravos.

Durante o planejamento estratégico realizado identificaram-se os problemas mais frequentes encontrados na população da área de abrangência da ESF Bonfim - Traçadal por ordem de prioridade:

- 1) O mau controle pressórico por parte dos pacientes Hipertensos
- 2) Alcoolismo e uso de drogas
- 3) Violência
- 4) Acúmulo de lixo nas ruas
- 5) Desemprego
- 6) Falta de rede de esgoto
- 7) Falta de opções de lazer
- 8) Falta de policiamento
- 9) Ruas sem pavimentação

Sendo assim o problema selecionado como prioridade pela equipe e objeto deste TCC é o mau controle pressórico dos pacientes Hipertensos.

A exigência que a vida moderna impõe, principalmente em grandes cidades, contribui consideravelmente para o aumento da Hipertensão Arterial. Muitas medidas que poderiam ser adotado como exercícios físicos, controle de peso, alimentação saudável, entre outros, se apresentam ainda com certa dificuldade em

ser adotados na era do automóvel, bebidas carbônicas (gasosas) e dos alimentos sintéticos, da televisão, etc.

“A Hipertensão Arterial não é considerada uma doença, mas um efeito funcional que se pode definir como a relação entre a força com que o coração impulsiona o sangue e a resistência que as artérias exercem o seu avanço” (PEYNEAU, 2000). Esse efeito aparece muito quando esta relação se desequilibra. O não tratamento pode resultar em complicações, para (PEYNEAU, 2000), levando em conta que a hipertensão arterial provoca uma sobrecarga de trabalho para todo o organismo.

Neste contexto, a finalidade deste trabalho é a proposta de desenvolver um projeto de intervenção na organização de serviços de saúde em nível local com ações para redução da prevalência de hipertensão arterial na população residente na área de abrangência do ESF Bonfim-Traçadal.

1.2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial (HA) se destaca, dentro do universo das doenças crônicas, pela amplitude de suas expressões, como: a contínua e elevada taxa de mortalidade, a correlação com outras formas de adoecimento, o impacto socioeconômico devido aos custos com tratamento e internações, a limitação da condição de vida e todo o processo de adesão ao tratamento (JARDIM *et al*, 2007; LESSA, 1998). Sendo assim, considerando as consequências humanas, sociais e econômicas provocadas por essa doença, torna-se necessário propor ações viáveis a fim de reduzir a prevalência da mesma doença na população residente na área de abrangência da ESF Bonfim-Traçadal.

Este estudo justifica-se por sua contribuição na elaboração um plano de intervenção e tentar minimizar as dificuldades encontradas pela população hipertensa em realizar o controle de sua pressão arterial sistêmica, em nível local.

Sua principal finalidade é aumentar a qualidade de vida das populações futuras e diminuir os riscos impostos pelo mau controle pressórico. Para isso propõem-se ações em saúde que orientem essa população e as ajude a diminuir as consequências indesejadas da hipertensão e o controle adequado da mesma.

1.3 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Contribuir para a redução da prevalência de hipertensão arterial na população residente na área de abrangência da ESF Bonfim-Traçadal do município de Rio Pardo de Minas, Minas Gerais.

Objetivos Específicos

1. Descrever a influencia da saúde física, mental e alimentação saudável e uso correto da medicação para o controle e prevenção da HAS.
2. Elaborar o Plano de Ação para redução da capacitação da equipe para o desenvolvimento de ações interdisciplinares de qualidade no controle da hipertensão.

1.4 METODOLOGIA

Para a elaboração do plano de ação foram realizadas reuniões para a construção das etapas de diagnóstico situacional, com toda a equipe da ESF Bonfim - Traçadal.

Para a solução dos determinantes identificados que determinam o problema foram feitas reuniões com os membros da equipe para a revisão das ações relacionadas ao processo de trabalho, funcionamento, agendamento e oferta de serviços.

Em seguida o processo de trabalho foi readequado de acordo com as necessidades da população local e foram implantados durante todo o ano de 2013.

Para compreender os demais determinantes, desenvolveu-se uma revisão bibliográfica sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em sites científicos e institucionais da saúde além de consulta a, livros e artigos sobre o tema.

Para a escolha das obras definiu-se os seguintes critérios: Estarem relacionadas às palavras chaves definidas; terem sido publicadas em revistas científicas, na base SCIELO, preferencialmente nos últimos cinco anos. Ou fazer parte da base normativa científica em vigor, do Ministério da Saúde ou órgãos SUS.

2 BASE TEÓRICA

2.2 O controle da HAS

Como ponto de partida para um atendimento com eficiência e eficácia, a Atenção Básica à Saúde tem o dever de oferecer um atendimento de qualidade à Saúde Pública cabendo à atenção quanto ao papel de informar a população sobre as ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde, com assistência de forma contínua e resolutiva, encaminhando os doentes, quando necessário, aos serviços de referência, com agilidade e precisão. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

(NICOLE PUCCI 2012), realizou uma revisão sistemática quantitativa, reunindo 44 estudos publicados entre de 2003 a 2008 em 35 países. Constatou que a prevalência global de hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi 37,8% em homens e 32,1% em mulheres.

Em relação à população brasileira, os estudos apontaram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%) com mais de 50% entre 60 á 69 anos e 75% acima de 70 anos. Em estudo realizado no município de Tubarão (SC), a prevalência estimada de hipertensão na população adulta foi 40,5%, sendo que nessa população a prevalência em indivíduos com 60 anos foi 67,8% no sexo masculino e 66,2% no sexo feminino. (NICOLE PUCCI, 2012)

Por ser uma doença crônica insidiosa, a HAS evolui de forma silenciosa, contribuindo para o surgimento de doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca (IC) e doença arterial coronariana (DAC), existindo a necessidade de tratamento adequado com mudanças quanto a hábitos alimentares e comportamentais, além da manutenção rigorosa da terapêutica medicamentosa, pois com esses cuidados é possível prevenir consequências em longo prazo como as lesões de órgão salvo se a alta mortalidade. (LOPES, 2004).

Contudo, por ser na maior parte do seu curso assintomática, o seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados. Somando-se a isso a baixa adesão terapêutica e, conseqüentemente, um controle inadequado da HAS. Apenas 30% dos pacientes com hipertensão conseguem atingir a meta pressórica, enquanto nos demais há descontrole. (NICOLE PUCCI, 2012)

Os pacientes podem deixar de aderir à terapia anti-hipertensiva prescrita por vários motivos como ausência de sintomas associados à doença, complexidade do esquema de dosagem de medicação ou custo.

Outra explicação para a elevada taxa de não adesão é que muitos pacientes não compreendem sua doença e sua medicação. O curso assintomático da hipertensão contribui para essa falta de entendimento e assim muitos pacientes acabam acreditando que a hipertensão é intermitente e pode ser tratada com terapias não farmacológicas, como alívio do estresse ou remédios caseiros. (ARRAIS, 2004).

Para Franco (2010), há relação da HAS com a alteração sistêmica vascular, o que resulta em problemas circulatórios associados, sendo considerado o de maior gravidade o processo progressivo de sobrecarga coronária, vindo a comprometer o pleno funcionamento cardíaco ocasionando a longo prazo experimentar o paciente a elevação da pressão arterial assintomática. Sem ciência da presença de hipertensão, os riscos podem ser graves, como infarto do miocárdio ou mesmo um AVC, de forma súbita. (NICOLE PUCCI, 2012)

A pressão arterial quando elevadas podem provocar alterações vasculares e no miocárdio hipertrofia do ventrículo esquerdo, AVC, IAM, morte súbita, insuficiências renal e cardíaca, entre outras:

As alterações provocadas pela doença hipertensiva aumentam o risco de ocorrência de acidente vascular cerebral (AVC), de doenças nos rins e no coração. Além disso, facilitam a formação de placas de gordura nas artérias coronárias, elevando a predisposição do paciente hipertenso ao infarto agudo do miocárdio (IAM). (FRANCO, 2010 p:6)

Outros sintomas clássicos e as vezes não presentes são zumbidos, cefaleias intensas principalmente localizadas na região occipital, vertigens, considerados os de maior incidência em crises de hipertensivas que surgem de forma abrupta em face a elevação de pressão arterial e requerem avaliação contínua acurada.

Como objeto de divulgação para conhecimento da população sugere-se a divulgação, entre a população da área de abrangência da ESF da figura a seguir.

Figura 1 HIPERTENSÃO DOENÇA SILENCIOSA



Fonte: <http://necuidarte.blogspot.com.br/2013/04/hipertensao-arterial-quanto-mais.html/>
 acesso em 23/11/2013

Quanto ao tratamento Peyneau (2000), aconselha observar três preceitos básicos: regime alimentar mais saudável, tratamento medicamentoso constante e adoção de hábitos de vida, como a prática de exercícios físicos de forma regular. Supressão do fumo e do álcool, e controle de saúde periódico são fundamentais e formam um conjunto de medidas essenciais para restabelecer o nível pressórico próximo do ideal.

As medicações anti-hipertensivas são indicadas sempre que necessário. O tratamento deve ser monitorizado regularmente pelo médico, que determina o medicamento mais indicado de acordo com a gravidade e os fatores de risco de cada paciente. (PEYNEAU, 2000).

Figura 2: Dez mandamentos contra a pressão alta.



Fonte: <http://necuidarte.blogspot.com.br/2013/04/hipertensao-arterial-quanto-mais.html/> Acesso em 23/11/2013.

Importantes fatores de risco para o desenvolvimento da HAS são a obesidade, uso de anticoncepcional oral e de terapia de reposição hormonal. (FRANCO, 2010)

Quanto mais precoces forem as ações nos fatores de risco, maiores as chances de controle pressórico. A medicação pode manter os índices pressóricos do paciente sob controle por algum tempo, sem que isso o cure ou mesmo melhore sua qualidade de vida. (PEYNEAU, 2000).

2.3 Ações interdisciplinares na ESF para o controle da HAS

A atualização do conhecimento faz-se necessário para que existam as ações de educação para a saúde e controle da HAS, com a participação de todos os membros da ESF, cada um trazendo as especificidades de sua disciplina profissional.

Desta forma é possível passar esse conhecimento coletivo também à população atendida, através de palestras nas comunidades, escolas e grupos de hipertensos.

Para que tais ações aconteçam é de suma importância que os profissionais da saúde estejam capacitados, bem informados e empenhados na busca de tratamento de maior qualidade para a comunidade. Para isso pode-se utilizar de oficinas de capacitação dos ACS's e demais profissionais do PSF, grupos de discussão da Equipe de Saúde da Família e realização de campanhas e palestras educativas em educação em saúde para os agentes de saúde na abordagem ao paciente com mau controle pressórico.

2.4 Padrões e projetos do SUS para as práticas de saúde física, mental e alimentação saudável a ser adotado pela população com HAS.

O SUS preconiza que, para que haja saúde física, é essencial o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças para que se tenha melhoria na qualidade de vida da população, uma vez que na maioria das vezes grande parte das doenças que acomete a população é passível de prevenção. (TEIXEIRA, 2006)

A qualidade vida, não está apenas no conceito, viver mais, mas viver com qualidade, viver melhor desfrutando em pleno gozo da saúde, das conquistas que o indivíduo lutou para atingir. (PASCHOAL; 2004.)

Atividade Física

A prática de atividade física aliada à alimentação saudável pode promover redução no peso corporal maior do que apenas a alimentação de forma isolada, sendo também importante para o alcance ou a manutenção do peso ideal. Além disso, os benefícios da atividade física para a saúde têm sido amplamente documentados. (BRASIL, 2007) . Dentre esses benefícios estão:

A melhoria da capacidade cardiovascular e respiratória; melhoria do perfil lipídico, da pressão arterial em hipertensos, da tolerância à glicose e da ação da insulina; Redução no risco de desenvolver diabetes,

hipertensão, câncer de cólon e de mama; Redução no risco de morte por doenças cardiovasculares; Prevenção da osteoporose / Ossos e articulações mais saudáveis; Aumento da força muscular; Melhoria do sistema imunológico; Melhor funcionamento corporal e preservação da independência de idosos; Correlações favoráveis com redução do tabagismo e do consumo de álcool e drogas; Melhoria do nível de saúde mental, com diminuição da depressão e alívio do estresse; aumento do bem-estar e da auto-estima. (BRASIL, 2007 p: 19)

O conceito de atividade física é diferente de exercício físico. A atividade física pode ser definida como qualquer movimento realizado pelo sistema esquelético com gasto de energia, com hábitos mais ativos em pequenas modificações do cotidiano, no âmbito doméstico e no local de trabalho e por atividades de lazer e sociais mais ativas. Enquanto que o exercício físico é uma categoria da atividade física definida como um conjunto de movimentos físicos repetitivos, planejados e estruturados para melhorar o desempenho físico, (BRASIL, 2007), Como sugere a figura 3 a seguir:



2.4.1 Implementação de caminhadas e atividades físicas associadas a hábitos alimentares para melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Como forma de incentivo à melhor qualidade de vida de forma preventiva e também a pacientes portadores da HAS, Programa Academia da Saúde oferece espaços saudáveis que promovem ações de promoção da saúde e estimulam o exercício sistemático de atividades físicas-práticas corporais. (BRASIL, 2007).

Dados da ANSS (BRASIL, 2007), informam que a forma como as pessoas vivem e suas escolhas estão relacionadas ao contexto e cultura do espaço de sua cidade, aos hábitos adquiridos nos ambientes familiares e sociais e ao conhecimento que lhes é disponibilizado.

Com essa informação é possível evidenciar que é essencial capacitar às pessoas no espaço onde vivem de forma que tenham mais qualidade de vida e saúde. Para que haja um desenvolvimento de sua autonomia requer a contínua socialização das informações com oportunidades de aprendizado para assuntos de saúde e cidadania, além de processos de participação social.

Estratégias populacionais de intervenção sobre os problemas de saúde desafiam os diferentes setores a uma ação compartilhada, sob uma nova forma de compreender e abordar saúde, tendo como eixo norteador a melhoria das condições de vida e saúde na cidade. (BRASIL, 2007).

Evidências científicas mostram que a saúde pode estar mais relacionada ao modo de viver das pessoas do que à sua determinação genética e biológica. (BRASIL, 2007). A partir desta constatação é importante que a equipe priorize, no espaço da atenção básica, a promoção da saúde individual e coletiva, oferecendo ações direcionadas para a população no seu ambiente.

Podem ser utilizados espaços públicos como parques e espaços comunitários transformados em áreas de democratização da educação em saúde, e de estímulo à atividade física, adoção de hábitos alimentares saudáveis, atividades culturais e de lazer, educação ecológica, entre outros, criando oportunidades de participação que possam favorecer a prática da população para hábitos mais saudáveis. (COSTA, 2013.)

O sedentarismo e a alimentação não saudável, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, o ritmo da vida cotidiana, a competitividade, o isolamento do homem nas cidades são condicionantes diretamente relacionados à produção das chamadas doenças modernas. (BRASIL, 2013).

De acordo com estudos feitos pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2013), a resolução ou redução de riscos associados aos problemas alimentares e nutricionais está amparada na promoção de modos de vida saudáveis e na identificação de ações e estratégias que apoiem as pessoas a ser capazes de cuidar de si, de sua família e de sua comunidade de forma consciente e participativa.

“Na abordagem da promoção de modos de vida saudáveis, identificam-se duas dimensões: aquela que se propõe a estimular e incentivar práticas saudáveis, como o aleitamento materno, a alimentação saudável e a atividade física regular, e outra que objetiva a inibição de hábitos e práticas prejudiciais à saúde, como o consumo de tabaco e de álcool.” (BRASIL, 2007.p.46)

2.4.2 Alimentação saudável

Para Almeida, (2012), o início e a obtenção definitiva da excelência na qualidade de vida, ocorre somente após o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis e estilo de vida favorável.

A alimentação ou nutrição adotada de forma equilibrada proporciona não somente o peso ideal, mas também preveni de várias doenças e depende exclusivamente do habito alimentar adotado. De forma adicional a alimentação compreende a escolha de alimentos também saudáveis na sua concepção da garantia de uma saúde plena. As rotinas de dietas alimentares cujo objetivo são atingir a perda de peso, nem sempre são uma garantia de alimentação saudável. Portanto complementação ou implementação de vitaminas podem ajudar o objetivo de uma dieta saudável, segundo estudos e consensos de especialistas. (SICHERI, 2000).

Um dos modelos mais utilizados para orientar os usuários para uma alimentação correta estão contidos na roda dos alimentos, criada pela FAO em 2003. (UNIVERSIDADE DO PORTO, 2009).

Constituída de 7 (sete) grupos de dimensões diferentes, leva em conta parâmetros; como por exemplo, com relação à proporção do peso que, cada um desses alimentos deverá se tornar presente em nossa alimentação do dia a dia.

Figura 4. **RODA DE ALIMENTOS DA FAO, 2003.**



Fonte: UNIVERSIDADE DO PORTO, 2009.

A roda ajuda a escolher e a combinar os alimentos que deverão fazer parte da alimentação diária. A forma de círculo (prato), ao contrário da pirâmide, não hierarquiza os alimentos, mas atribui-lhes igual importância. Divide-se 7 partes, que agrupam alimentos com propriedades nutricionais semelhantes, como: Cereais e derivados, e tubérculos (28%); Hortícolas (23%); Frutas (20%); Laticínios (18%); Carne, peixe e ovos (5%); Leguminosas (4%); Óleos e gorduras (2%). A água, não possuindo um grupo próprio, mas faz parte da constituição de quase todos os alimentos. (UNIVERSIDADE DO PORTO, 2009).

A compreensão da dinâmica da Roda da FAO e seu uso como material instrucional nas atividades de educação para a saúde por todos os membros da ESF pode ser importante fator de estímulo a bons hábitos alimentares e um fator de controle da HAS.

Ribeiro et al, (2012) avançam ao lembrar que as metas da educação em saúde para o indivíduo portador de HAS incluem conhecimento e acesso a meios para o desenvolvimento de seu autocuidado e autonomia, e compreensão dos processos de saúde-doença-adoecimento.

2.5 Uso correto das medicações prescritas

No ano de 1998, foi publicada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), por meio da Portaria GM/MS n. 3916, tendo como finalidades principais garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional dos medicamentos e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 2001).

A assistência Farmacêutica tem caráter sistêmico, multidisciplinar e envolve o acesso a todos os medicamentos considerados essenciais. A PNM é definida como:

“Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos. (BRASIL, 2001, p.34)”.

A Política Nacional de Medicamentos conceitua o uso racional de medicamentos como

o processo que compreende a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensa em condições adequadas e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade. (BRASIL, 2001, p. 37).

Segundo o CONASS, (2007) são obstáculos para a promoção do uso racional de medicamentos no Brasil: número excessivo de produtos farmacêuticos, prática da automedicação, falta de informações aos usuários, problemas nas prescrições (prescrição incorreta, prescrição múltipla, sub-prescrição, etc.), informações e marketing das indústrias farmacêuticas, entre outros.

Todas essas práticas de uso inadequado de medicamentos podem trazer consequências graves para a saúde da população, tais como: eventos adversos que podem vir a ser letal, eficácia limitada, resistência a antibióticos, fármaco-dependência, riscos de infecção, entre outros (MARIN et al., 2003).

Algumas estratégias para o uso racional de medicamentos são acessíveis e passíveis de serem utilizadas: seleção de medicamentos, formulário terapêutico, gerenciamento adequado dos serviços farmacêuticos, dispensa e uso apropriado de medicamentos, fármaco-vigilância, educação dos usuários quanto aos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita (HOEPFNER 2010).

Para que possam funcionar adequadamente, todas as etapas relacionadas à assistência farmacêutica requerem, dentre outros, que o setor responsável pelas ações esteja estruturado, contando com profissionais qualificados para desenvolvê-las. (CONASS, 2007).

É importante ressaltar, porém, que entre as estratégias previstas na Política Nacional de Medicamentos é papel da instância estadual apoiar os municípios na organização e estruturação dessa área farmacêutica para orientar o paciente. Cada profissional de saúde deverá praticar as seguintes condutas na dispensa dos medicamentos:

- 1) **Orientação ao paciente:** baseado nas informações coletadas na entrevista inicial, quando deve ser preenchida a Ficha Farmaco-terapêutica. O profissional de saúde deve traçar uma estratégia de orientação ao paciente, executá-la e registrá-la na Ficha de Plano de Ação.
- 2) **Registro de Dispensa:** este registro deve ser realizado na Ficha Farmaco-terapêutica que contém uma tabela onde deve ser anotado o medicamento dispensado (inclusive o nome comercial e o fabricante, para melhor controle), lote, dose, quantidade dispensada, data da dispensa e farmacêutico responsável. Desta tabela consta a informação da necessidade ou não de novo parecer médico
- 3) **Entrevista de acompanhamento com o paciente:** na condução da entrevista o profissional de saúde deve voltar a utilizar a Ficha Farmaco- terapêutica, que contém um roteiro de perguntas que instrumentalizam o controle efetivo do tratamento estabelecido,

promovendo o acompanhamento do paciente, relativo a reações adversas, interações medicamentosas, contra-indicações, evolução dos exames laboratoriais, entre outros, sendo que o profissional responsável deve fornecer toda informação necessária para o uso correto, e eficaz dos medicamentos de acordo com as necessidades individuais do usuário. Além da informação verbal, as orientações prestadas podem ser reforçadas por escrito ou com material de apoio adequado.

4) As contra indicações, interações e possíveis efeitos secundários do medicamento devem ser explicados no momento da dispensa . No caso de dispensa de medicamentos sob prescrição médica, o profissional deverá avaliar: a legibilidade e ausência de rasuras e emendas; a identificação do usuário; a identificação do medicamento, concentração, dosagem, forma farmacêutica e quantidade, o modo de usar ou posologia; a duração do tratamento; o local e data da emissão; e assinatura e identificação do prescrito com o número de registro no respectivo Conselho Profissional. (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2001).

A prescrição e dispensação dos medicamentos são, sem dúvida, aquelas que impactam diretamente sobre o seu uso racional, devendo ser permanentemente qualificadas. É no momento da dispensa que deve ocorrer à interação do profissional de saúde com o usuário. Prescrita. (HOEPFNER 2010).

Esse é o momento em que o paciente deve receber todas as informações e orientações sobre o uso correto do medicamento, de modo a contribuir com o sucesso do fármaco-terapia, melhorando a adesão ao tratamento.

3 PLANO DE AÇÃO

O plano de ação abaixo contém o resultado das leituras e das reflexões realizadas com a ESF . de Bonfim Traçadal no município de Rio Pardo de Minas. Sua implantação poderá contribuir para prevenção e controle da HAS e melhor qualidade de vida para os Cidadãos da localidade.

OPERAÇÕES	RESULTADO	PRODUTOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
“Mais informação” Finalidade: aumentar o nível de informação da população sobre os riscos e medidas de prevenção e controle da HAS	População melhor informada sobre os riscos e medidas de prevenção e controle da HA	Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos e medidas de prevenção e controle da HA; Campanha educativa na rádio local; Capacitação dos ACS; Reuniões comunitárias.	Confecções de folders, planilhas e cartazes; Nas consultas multidisciplinares realizar questionário sobre HAS e seus riscos e agravos.	Equipe do ESF	Março à Abril
“Promover saúde” Finalidade: realizar intervenções de promoção da saúde.	Implantação de ações voltadas para a promoção da saúde da população.	Programa mais saúde menos HA: Projeto alimentação saudável; Projeto academia da saúde; Projeto vida sem/ tabaco e sem álcool.	Promover caminhadas mensais e distribuição de frutas ao fim da atividade. Premiar o hipertenso controlado	Educador Físico, Médico, Enfermeiro	Maio a Dezembro
“Menos Hipertensão Finalidade: modificar hábitos e estilos de vida	Redução do número de pessoas com fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento da HA - sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, obesidade.	Identificação de 100% das pessoas com fatores de risco para desenvolvimento da HA pelos ACS; realização de grupos operativos; redução do uso de tabaco e álcool por hipertensos, formação de grupos de atividade física, alimentação saudável. Implantação de academia de saúde	Implantação de vídeos educativos na sala de espera da ESF explicando os fatores de riscos para desenvolver HAS.. Capacitação dos ACS; criação de grupos de atividade física e alimentação saudável..	ESF e Gestor municipal	Maio a Dezembro

Fonte: elaborado pelo autor.

4 CONCLUSÃO

Foi realizado um estudo para diagnóstico situacional com um método de Planejamento Estratégico Situacional, para elaboração de um plano de ação para enfrentamento do problema identificado como prioritário pela ESF Bonfim-Traçadal, a alta prevalência de Hipertensão arterial sistêmica.

Seu desenvolvimento demonstrou através de pesquisa bibliográfica que é possível implantar ações de prevenção e complicações da HAS, através de hábitos de atividade física e alimentação saudável, além do uso adequado de medicação anti-hipertensiva para população de Bonfim-Traçadal no município de Rio Pardo de Minas/MG.

Ressalta-se a necessidade de medidas educativas que influenciem no hábito alimentar dos cidadãos, considerando-se mudanças que ofereçam um maior controle dos fatores de risco associados à hipertensão, visando contribuir para uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Marcos Antonio Bettine; **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa** / Marcos Antonio Bettine de Almeida, Gustavo Luis Gutierrez, Renato Marques ; São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades– EACH/USP, 2012.
- ARRAIS, P. S. D.; COELHO, H. L. L.; BATISTA, M. C. D. S. et al. Perfil da automedicação no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v .31, n. 1, p.71 – 77, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de medicamentos 2001/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2001.
- ____ Agência Nacional de Saúde Suplementar . Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar : manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar.– 2. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2007.
- _____ Ministério da Saúde. Portaria nº 2681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2013.
- CIENCIA NO ESPORTE. Atividade Física X qualidade de vida. Blog. 2010.
- CONASS, C. N. D. S. D. S. assistência farmacêutica no SUS. conass, 2007.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 357 de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia.
- COSTA, Bruna Vieira de Lima et al . Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, Jan. 2013 .
- FRANCO, S. ptslideshare.net/labsergiofranco/hipertensoarterial-sstria. Hipertensão Arterial Sistêmica,2010.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010.

JARDIM et P.C.B.V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. Arq. Bras.Cardiol., v.88, n.4, p.452-457, 2007.

LOPES H, F. Hipertensão arterial e síndrome metabólica: além da associação. Rev. Soc. Bras. Card. v.13, n.1, p. 64-77, 2003.

MARIN, N.; LUIZA, V.L.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C.G.S.;MACHADO-DOS-SANTOS, S. (org.). Assistência farmacêutica para gerentes municipais.Rio de Janeiro:Organização Pan-Americana de Saúde, 373.p. 2003

NICOLE PUCCI, M. R. P. D. B. V. P. N. D. C. Conhecimento sobre hipertensão e adesão ao tratamento. Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos, Santa Catarina, julho/agosto p. 329. 2012

PASCHOAL SMP.Qualidade de Vida do Idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico[tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.

PEYNEAU, A. R. D. D. O. E. D. P. L. Saber viver clinica médica. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Biologia e Saúde, 2000.

PREFEITURA DE RIO PARDO DE MINAS, Secretaria Municipal de Saúde. Equipe Saúde da Família Bonfim Traçadal, SIAB, 2012)

RIBEIRO, Amanda Gomes et al . Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. Rev. Nutr., Campinas , v. 25, n. 2, Apr. 2012 .

SICHERI, Rosely et al . Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo , v. 44, n. 3, Jun 2000 .

TEIXEIRA, CF; SOLLA, JP.Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online].Salvador: Editora EDUFBA, 2006.

UNIVERSIDADE DO PORTO. Faculdade de Ciências de Nutrição e Alimentação. Nova Roda dos Alimentos da Food and Agriculture Organization. (FAO). Publicado em 05 de Junho de 2009.

