

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

RAFAEL BORGES SALERA

**PROMOVENDO A ADESÃO TERAPÊUTICA ANTI-
HIPERTENSIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA LAGOA
GRANDE, MUNICÍPIO DE MINAS NOVAS - DIAMANTINA- MINAS
GERAIS**

DIAMANTINA- MINAS GERAIS

2014

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

RAFAEL BORGES SALERA

**PROMOVENDO A ADESÃO TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSIVA NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA LAGOA GRANDE, MUNICÍPIO DE MINAS
NOVAS - DIAMANTINA- MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Ivana Montandon Soares Aleixo

DIAMANTINA- MINAS GERAIS

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

RAFAEL BORGES SALERA

**PROMOVENDO A ADESÃO TERAPÊUTICA ANTI-
HIPERTENSIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA LAGOA
GRANDE, MUNICÍPIO DE MINAS NOVAS - DIAMANTINA- MINAS
GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Ivana Montandon Soares Aleixo

Banca Examinadora

Prof^ª. Ivana Montandon Soares Aleixo (orientadora)

Prof^ª. Flavia Casasanta Marini (examinadora)

Aprovada em Belo Horizonte, em 2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida.

Agradeço à minha família pelo apoio e incentivo a todas minhas decisões, além da compreensão aos momentos em que a ausência se fez necessária.

Agradeço aos amigos de Minas Novas, à equipe de saúde da família Lagoa Grande e à Secretaria Municipal de Saúde.

Agradeço aos colegas da pós-graduação do pólo Diamantina, em especial à Tutora Adriane e ao Professor Jansen.

Agradeço à Ivana Montandon Soares Aleixo.

Agradeço a Universidade Federal de Minas Gerais por mais esta oportunidade.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma das principais causas de mortalidade no mundo, em que cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica, principalmente em decorrência de eventos cardiovasculares. Sua prevalência varia conforme a região pesquisada. Dentre os fatores de risco se incluem a obesidade, tabagismo, estresse, uso excessivo de álcool, sedentarismo e hábitos alimentares incorretos. O tratamento se baseia em medidas farmacológicas e não farmacológicas. Por se tratar de doença muitas vezes assintomática, o tratamento é frequentemente negligenciado. O principal objetivo do presente estudo foi o desenvolvimento de um plano de intervenção para implantação de um programa de adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelos pacientes em acompanhamento na Estratégia Saúde da Família Lagoa Grande, município de Minas Novas. Apresentamos uma revisão bibliográfica e análise de evidências científicas sobre hipertensão arterial sistêmica, bem como ações de saúde junto aos hipertensos, considerando a singularidade de cada um. Desta forma acreditamos que a adesão ao tratamento anti-hipertensivo torna-se necessário visando à intervenção no sentido de modificar o estilo de vida do grupo de hipertensos e a aderência ao tratamento anti-hipertensivo pelos pacientes em acompanhamento na Estratégia Saúde da Família Lagoa Grande, município de Minas Novas.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica, Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

Hypertension is a major cause of mortality in the world, in which about 60-80% of cases can be treated in the primary care network, mainly due to cardiovascular events. Its prevalence varies according to the area surveyed. Among the risk factors include obesity, smoking, stress, alcohol abuse, sedentary lifestyle and incorrect eating habits. The treatment is based on pharmacological and non-pharmacological measures. Because it is often asymptomatic disease, treatment is often overlooked. The main objective of this study was to develop an action plan to implement a compliance program to antihypertensive treatment by patients followed at the Family Health Strategy Lagoa Grande, the city of Minas Novas. We present a literature review and analysis of scientific evidence on hypertension and present health actions with hypertension, considering the uniqueness of each. Thus we believe that adherence to antihypertensive treatment becomes necessary in order to intervention to modify the lifestyle of hypertensive group and adherence to antihypertensive treatment by patients followed at the Family Health Strategy Lagoa Grande, Minas Novas.

Keywords: hypertension, Family Health Program.

LISTA DE SIGLAS

HAS: hipertensão arterial sistêmica

DCV: doença cerebrovascular

PA: pressão arterial

ESF: estratégia saúde da família

BVS: biblioteca virtual em saúde

IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano do Município

IMC: Índice de massa corporal

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Principais Atividades Econômicas em 2010, na faixa etária de 18 anos ou mais.....	14
Quadro 2: Apresentação das fontes selecionadas.....	22
Quadro 3: Desenho das operações.....	29
Quadro 4: Recursos críticos.....	31
Quadro 5: Análise de viabilidade.....	32
Quadro 6: Plano operativo.....	34
Quadro 7: Avaliação e monitoramento.....	35

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Minas Novas.....	12
Figura 2: Índice de Desenvolvimento Humano do Município – IDHM/ Minas Novas.....	13

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados demográficos de 2010.....	14
Tabela 2: População Segundo a Faixa Etária na Área De Abrangência da Estratégia Saúde da Família Lagoa Grande Segundo o Sexo, 2013.....	16
Tabela 3: Hipertensos cadastrados ao longo de 2013 no Distrito Lagoa Grande.....	16
Tabela 4: Atendimento aos programas pela ESF de Lagoa Grande em 2013.....	17

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Pirâmide etária.....	14
---------------------------------	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	JUSTIFICATIVA	18
3	OBJETIVO	19
	3.1 Objetivo geral	19
	3.2 Objetivos específicos	19
4	METODOLOGIA	20
5	REVISÃO DA LITERATURA	22
	5.1 Hipertensão	22
	5.2 Fatores associados à hipertensão	26
6	PLANO DE INTERVENÇÃO	28
	6.1 Desenho das operações	29
	6.2 Recursos críticos	30
	6.3 Análise de viabilidade	31
	6.4 Plano operativo	32
	6.5 Avaliação e monitoramento	35
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
	REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006). Dentre suas consequências merecem destaque a doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica e doença arterial periférica. Estima-se que a HAS seja responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, quando associada ao diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006). Além disso, a HAS e suas consequências são responsáveis por custos socioeconômicos e em saúde elevados devido à frequência de uso do sistema de saúde e de internações hospitalares (FHEMIG, 2013).

O diagnóstico de HAS pode ser estabelecido considerando-se pressão arterial (PA) sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório repetidas, em condições ideais, em, no mínimo, três ocasiões (FHEMIG, 2013). Dados do ministério da saúde (2006) afirmam que a prevalência na população urbana brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido.

Por ser assintomática na maior parte do seu curso, o tratamento é constantemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão do paciente ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS, apesar de haverem diversos protocolos, recomendações e acesso cada vez maior aos medicamentos (BRASIL, 2006).

A decisão terapêutica deve ser baseada no risco cardiovascular global, considerando-se a presença de fatores de risco, lesão em órgão alvo e/ou DCV estabelecida. O objetivo do tratamento é a redução do risco de ocorrências cerebrovasculares (BRASIL, 2006).

A abordagem multidisciplinar é de fundamental importância no tratamento e deve contar com a participação dos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, professor de educação física, nutricionista, psicólogo, assistente social, farmacêutico e agente comunitário de saúde. Deve haver um acompanhamento contínuo a fim de estimular e orientar o paciente para que o tratamento não seja abandonado (BRASIL, 2006).

Modificações de estilo de vida devem ser indicadas a todos porque podem promover retardo do desenvolvimento da HAS em indivíduos com pressão limítrofe e redução nos fatores de risco envolvidos no desenvolvimento ou agravamento da HAS (BRASIL, 2006).

O tratamento não medicamentoso baseia-se no controle de peso, orientação alimentar, abandono do tabagismo, abandono da ingestão excessiva de álcool, prática regular de atividade física e controle do estresse psicossocial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Diversas drogas são disponíveis no mercado e o objetivo do seu uso é reduzir os valores pressóricos e, conseqüentemente, a morbi-mortalidade associada à HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Identificação do Município – Minas Novas- MG

O município de Minas Novas se localiza no Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais. Está situado a 530 km de Belo Horizonte. Sua população estimada em 2014 é de 30.794 habitantes. Sua área total é 1812,398 km², a concentração de habitantes é 16,99 hab/km². Existem aproximadamente 10.040 domicílios no município.

Figura 1 – Minas Novas



Fonte: MINAS NOVAS, 2014.

Histórico de Criação do Município

O município de Minas Novas, que no início de sua história foi denominado de Arraial das Lavras Novas dos Campos de São Pedro do Fanado, foi descoberto e fundado pelo bandeirante paulista Sebastião Leme do Prado. Ele veio à procura de ouro, encontrado em abundância no arraial. Deixando a região do rio Manso próximo a Diamantina, devido a uma epidemia e também procurando o rio Araçuai e o rio Itamarandiba, Sebastião Leme do Prado, juntamente com outros paulistas, vieram a encontrar o rio Fanado por erro de rota e mais tarde o ribeirão Bom Sucesso (MINAS NOVAS, 2014).

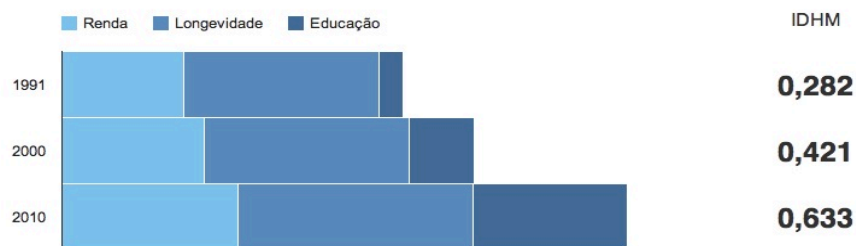
Após a notícia do ouro, em pouco tempo, surgiu o povoado que foi elevado à condição de vila no dia 2 de outubro de 1730, recebendo o nome Vila de Nossa Senhora do Bom Sucesso das Minas Novas da Contagem. Somente em 9 de março de 1840, foi elevada a categoria de município com o nome de Minas Novas, sendo esse o maior município de Minas Gerais na época. Foi subdividido posteriormente, dando originando 65 dos 853 municípios mineiros de hoje (MINAS NOVAS, 2014).

Aspectos Socioeconômicos

O Índice de Desenvolvimento Humano do Município (IDHM) brasileiro considera as mesmas três dimensões do IDH Global – longevidade, educação e renda, mas vai além: adequa a metodologia global ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais. Embora meçam os mesmos fenômenos, os indicadores levados em conta no IDHM são mais adequados para avaliar o desenvolvimento dos municípios e regiões metropolitanas brasileiras.

Em 1991, o IDHM de Minas Novas era 0,282. Em 2000, este índice foi 0,421. Já em 2010, o mesmo índice foi de 0,633 (figura 2). Tal aumento do IDHM demonstra melhoria na qualidade de vida da população.

Figura 2: Índice de Desenvolvimento Humano do Município – IDHM/ Minas Novas



Fonte: PNUD; FJP; IDEP citado por PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2014.

A maior parte da população economicamente ativa do município exerce atividades no setor agropecuário e de serviços, conforme demonstrado no quadro 1.

Quadro 1: Principais Atividades Econômicas em 2010, na faixa etária de 18 anos ou mais.

Local de trabalho	Porcentagem
Setor agropecuário	39,81%
Setor de serviços	31,24%
Setor de construção	10,28%
Comércio	8,47%
Indústria de transformação	6,74%
Indústria extrativa	0,58%
Setores de utilidade pública	0,33%

Fonte: PNUD; FJP; IDEP citado por PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2014.

Aspectos demográficos

A população total em 2010 era 30.794 pessoas. A maior parte desta população habitava áreas rurais, conforme demonstrado na tabela abaixo.

Tabela 1: Dados demográficos de 2010

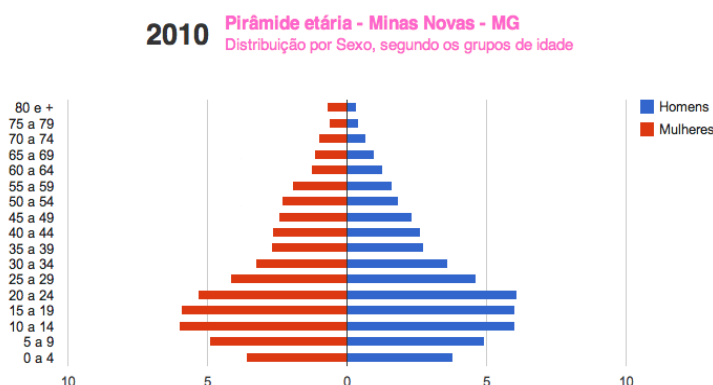
População Total: 30.794						
Nº de Individuo	0 a 5 anos	6 a 14 anos	15 a 24 anos	25 a 39 anos	40 a 59 anos	60 anos ou mais
Área Urbana	1183	2278	2882	2932	2277	1032
Área Rural	1694	3861	4316	3569	3187	1583
Total	2.877	6.139	7.198	6.501	5.464	2.615

Fonte: adaptado de INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014.

A estrutura etária da população de Minas Novas é composta majoritariamente por indivíduos menores de 29 anos. Dentre os idosos, há predomínio do sexo feminino.

Está havendo diminuição progressiva da taxa de fecundidade, conforme pode ser concluído pela análise do gráfico a seguir.

Gráfico 1: Pirâmide etária



Fonte: PNUD; FJP; IDEP citado por PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2014.

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2014) traz os seguintes indicadores relacionados aos aspectos demográficos no ano de 2010:

- Taxa de Crescimento Anual: 0,05%
- Densidade demográfica: 16,99Hab/Km²
- Taxa de Escolarização:
- Em 2010, 34,90% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 20,27% o ensino médio.

Em 2010, 2,85% das crianças de 6 a 14 anos não frequentavam a escola, percentual que, entre os jovens de 15 a 17 anos atingia 19,56% (PNUD; FJP; IDEP, 2010 apud PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2014).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (2014), a proporção de moradores de Minas Novas abaixo da linha de pobreza é de 29%.

Em relação aos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), constata-se que 100% da população é usuária do SUS (MINAS GERAIS, 2014).

Para concluir, a importância do controle adequado dos níveis pressóricos se deve à elevada prevalência desta doença e dos seus potenciais riscos. Especialmente em uma região tão carente de educação, como Minas Novas, o trabalho de conscientização e orientação da população é essencial para que a doença seja bem controlada e estes riscos sejam diminuídos.

O distrito Lagoa Grande

O distrito de Lagoa Grande apresenta 772 famílias e 2987 de habitantes. Seu nível de alfabetização é composto de 69,07% da população. A população segundo a sua faixa etária compreende em sua maioria indivíduos de 20 a 49 anos (44,75% do total de habitantes), conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2: População Segundo a Faixa Etária na Área De Abrangência da Estratégia Saúde da Família Lagoa Grande Segundo o Sexo, 2013.

Faixa Etária	Masculino		Feminino	
	Número	%	Número	%
Menor 1 ano				
1 a 4 anos	55	1,84	70	2,34
5 a 9	131	4,38	154	5,15
10 a 14 anos	163	5,45	144	4,82
15 a 19 anos	176	5,89	196	6,56
20 a 49	715	23,93	622	20,82
50 a 59 anos	103	3,44	139	4,65
60 anos e +	137	4,58	182	6,09
Total	1480	49,54	1507	50,45

Fonte: MINAS NOVAS, 2013.

A agricultura e pecuária de subsistência empregam a maior parte da população economicamente ativa. Outra parcela da população trabalha em empresa de reflorestamento com sede no distrito e uma menor parte dos habitantes passa 08 meses por ano em São Paulo trabalhando no corte de cana. A condição econômica da população é ruim. A maioria da população exerce trabalho braçal, o que acaba causando muitos problemas ortopédicos crônicos.

Em 2013, foram 41 nascidos vivos no distrito Lagoa Grande (MINAS NOVAS, 2013).

A prevalência de indivíduos diabéticos no distrito Lagoa Grande é pouco superior a 2% da população acima de 20 anos. Por outro lado, a prevalência da HAS é superior a 18% da população nesta mesma faixa etária, valor no limite inferior da média nacional. A taxa de hospitalização é moderada, cerca de 151 por 1000 habitantes.

A tabela a seguir demonstra os indivíduos hipertensos cadastrados no distrito Lagoa Grande.

Tabela 3: Hipertensos cadastrados ao longo de 2013 no Distrito Lagoa Grande

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Hipertensos cadastrados	345	350	320	342	345	345	368	341	366	361	354	354
Hipertensos acompanhados	345	350	320	342	345	345	368	341	366	361	354	354
Pessoas de 20 anos e mais	1878	1878	1878	1878	1878	1878	1878	1878	1878	1878	1878	1878
% hipertensos acompanhados	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
% prevalência hipert. 20 e mais	18,37	18,64	17,04	18,21	18,37	18,37	19,60	18,16	19,49	19,22	18,85	18,85

Fonte: MINAS NOVAS, 2013.

Em 2013, 49% dos atendimentos realizados pela equipe foram devido à hipertensão arterial sistêmica. Os demais tipos de atendimentos estão expostos na tabela 4.

Tabela 4: Atendimento aos programas pela ESF de Lagoa Grande em 2013

Tipo de atendimento	
% puericultura	7%
% pré-natal	4%
% prev.cervico-uterina	3%
% DST/AIDS	1%
% diabetes	9%
% hipertensão arterial	49%
% hanseníase	0,00
% tuberculose	0,00

Fonte: MINAS NOVAS, 2013.

A unidade básica de saúde se localiza no centro do distrito, em local de fácil acesso, ao lado da creche municipal e funciona de segunda à sexta-feira de 07 às 16 horas.

A sede da unidade é uma construção moderna e totalmente adequada ao fim que se destina. É situada no centro do distrito. Trata-se de espaço amplo, com sala de espera arejada, com cadeiras, cartazes informativos diversos, banheiro. Há uma ampla sala equipada com televisão e computador para realização de reuniões de equipe e grupos de gestantes, hipertensos e diabéticos, por exemplo. Há consultórios médico, de enfermagem e odontológico, além de uma sala de curativos, cozinha e depósito para material de limpeza.

A equipe é constituída por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, sete agentes comunitárias de saúde, um dentista e uma auxiliar de saúde bucal. Todos exercem carga horária de 40 horas semanais, com exceção do médico, que trabalha na unidade 32 horas semanais.

2 JUSTIFICATIVA

É sabido que a HAS é um importante fator de risco para doenças cardiovasculares que são a principal causa de mortalidade no mundo e representam gastos financeiros significativos. Na Estratégia Saúde da Família Lagoa Grande a prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS) em indivíduos acima de 20 anos é de aproximadamente 18,8%, outro dado a considerar é que 49% do total de atendimentos ocorridos em 2013 foram de ações voltadas ao programa de hipertensão.

Sendo assim, este trabalho se justifica pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências nos casos de hipertensão e pela dificuldade da população de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, acarretando uma demanda de atendimentos da equipe além do programado. Tornou-se necessário uma proposta de intervenção no sentido de modificar o estilo de vida do grupo de hipertensos e a adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelos pacientes em acompanhamento na Estratégia Saúde da Família Lagoa Grande, município de Minas Novas.

Além disso, a Estratégia Saúde da Família Lagoa Grande tem recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

3- OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção para implantação de um programa de adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelos pacientes em acompanhamento na Estratégia Saúde da Família Lagoa Grande, município de Minas Novas.

3.2 Objetivos Específicos

- Realizar uma pesquisa bibliográfica sobre hipertensão arterial sistêmica.
- Identificar as pessoas com dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo na Estratégia Saúde da Família Lagoa Grande através do plano de intervenção.

4 METODOLOGIA

Propôs-se, neste estudo, elaborar um plano de intervenção baseado nas informações obtidas a partir dos dados do diagnóstico situacional da ESF Lagoa Grande, município de Minas Novas. Antes, porém, fez-se pesquisa bibliográfica narrativa para maior conhecimento e sustentação científica das ações propostas. A busca do material bibliográfico se processou na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores: Hipertensão arterial, Programa Saúde da Família.

Foi feita análise, estudo minucioso e seleção dos artigos relevantes para a construção do trabalho. Foram excluídos trabalhos que não se relacionavam de forma específica com o tema do presente estudo. Após o levantamento dos artigos nos bancos de dados foram identificados 10 trabalhos que atenderam aos critérios de inclusão. Todo o material bibliográfico foi analisado e discutido, com o objetivo de descrever sobre os benefícios da atividade física no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica estão apresentados no quadro 2.

Quadro 2 – Apresentação das fontes selecionadas.

Autores	Ano	Título	Gênero textual
WORLD HEALTH ORGANIZATION OBESITY	1997	Preventing and managing the global epidemic	Conferência
MINISTÉRIO DA SAÚDE.	2001	Cadernos de Atenção Básica Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus – Protocolo	Protocolo MS
Andrade, P Jadelson, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M	2002	Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica	Artigo
Pescatello LS, Franklin BA, Fagard R, Farquhar WB, Kelley GA, Ray CA.	2004	Exercise and hypertension	Artigo
MINISTÉRIO DA SAÚDE	2006	Cadernos de atenção básica nº 15	Guidelines
Dante Marcelo Artigas Giorgi.	2006	Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Artigo
Brandão AA, Pozzan R, Freitas EV, Pozzan R, Magalhães MEC, Brandão AP.	2006	Blood pressure and overweight in adolescence and their association with insulin resistance and metabolic syndrome.	Artigo
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA.	2006	V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão	Diretrizes
Machado, C.A.	2008	Adesão ao tratamento – Tema cada vez mais atual	Artigo
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA	2010	VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão	Diretrizes

Descritores: Hipertensão arterial, Programa Saúde da Família.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Hipertensão

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), ou seja, iguais ou superiores a 140/90 mmHg. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS encontra-se entre os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, associado ao diabetes mellitus constituem agravos de saúde pública onde cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

As doenças cerebrovasculares foram responsáveis por 52,4% das mortes ocorridas no Brasil em 2011 (BRASIL, 2012).

De acordo com a sociedade brasileira de cardiologia (2010):

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%.

Considerando-se valores de $PA \geq 140/90$ mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos.

Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, P.1).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle isso demonstra que a detecção, prevenção e controle da doença são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares, assim como os esforços concentrados dos profissionais a saúde, sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Existe relação linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos. Entre metalúrgicos do RJ e de SP a prevalência de HAS foi de 24,7% e a idade acima de 40 anos foi a variável que determinou maior risco para esta condição (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A exemplo de inúmeros estudos populacionais existe importante associação entre idade e HAS. Com o aumento da expectativa de vida há agregação de diversos fatores de risco, o que acaba gerando enorme comprometimento da qualidade de vida dos idosos e gastos significativos para o país e sistema de saúde (JARDIM *et al*, 2007).

A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora sejam mais elevados nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

De acordo com o Nurses' Study e no NHANES II (Segunda Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição), citados por Carneiro *et al*, 2003 americanos entre 20 e 75 anos com sobrepeso possuem chance três vezes maior de serem hipertensos que seus compatriotas sem sobrepeso. O maior risco estava entre os mais jovens (sobrepeso entre 20 e 45 anos) que apresentavam seis vezes mais chance de hipertensão que os indivíduos normais. Carneiro *et al*, 2003 identificou maior prevalência de hipertensão entre os indivíduos com obesidade grau III em relação àqueles com sobrepeso. Após estratificação por idade, nota-se que o maior aumento do risco de hipertensão ocorre entre os jovens, grupo no qual este risco alcança valor 7,5 vezes maior que nos indivíduos com IMC entre 25 e 29,9 kg/m². Assim, podemos concluir que a prevalência de hipertensão varia de acordo com o grau de obesidade e com a idade. Os resultados sugerem também que não é recomendado envelhecer com IMC ≥ 30 kg/m², uma vez que a prevalência de hipertensão neste grupo é alta, elevando o risco de eventos cardiovasculares.

A ingestão de sódio em excesso também está relacionada a aumento dos níveis de PA. O efeito hipotensor da redução da ingestão de sal já foi demonstrado. Além disso, em populações com dieta pobre em sal, como os índios brasileiros Yanomami, não foram encontrados casos de HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A prática de atividade física regular é capaz de reduzir a incidência de HAS e DCV (PESCATOLO *et al*, 2004).

Segundo o American College of Sports Medicine (ACSM, 2007) são vários os benefícios da atividade física regular dentre elas podemos citar:

- Redução dos fatores de risco para doenças coronarianas:
 - Redução da pressão sistólica e diastólica de repouso.
 - Aumento dos níveis de HDL colesterol e diminuição dos níveis séricos de colesterol e triglicérides.
 - Redução da gordura intra-abdominal e corporal total e das necessidades de insulina, melhorando a tolerância à glicose.
- Melhora a função cardiovascular e respiratória:
 - Redução da ventilação por minuto em certa intensidade submáxima.
 - Custo ou dispêndio da oxigenação miocárdica para certa intensidade submáxima absoluta.
 - Aumento do VO₂máx em razão das adaptações centrais e periféricas.
 - Redução da frequência cardíaca e da pressão arterial para certa intensidade submáxima.
 - Aumento da densidade capilar no músculo esquelético e do limiar de acúmulo de lactato no sangue.
 - Aumento do limiar de início dos sinais e sintomas de doenças como na angina pectoris, isquemia, depressão de segmento ST e claudicação.
- Diminuição da morbidade e da mortalidade:
 - Prevenção primária (o exercício intervém na prevenção de eventos cardíacos agudos)
 - Altos níveis de atividade e/ou aptidão estão associados com baixos índices de morte por doença coronariana assim como à baixa incidência de taxas combinando doenças cardiovasculares, doença coronariana, câncer do cólon e diabetes tipo II.

A atividade física é fundamental na promoção da melhora da qualidade de vida, diminuindo os níveis de estresse e nos tornando menos sensíveis à ação adrenérgica aumentando a sensação de bem estar.

“A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.3).

Segundo Taveira *et al*, a adesão ao tratamento é fortemente influenciada pelo ambiente no qual o indivíduo está inserido e diversos estudos tem mostrado relação entre baixa escolaridade e baixa renda com aumento dos níveis pressóricos.

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), o consumo de álcool por tempo prolongado pode aumentar os níveis pressóricos e o risco cardiovascular em geral.

O consumo de álcool eleva o risco de HAS de maneira independente das características demográficas.

Segundo Stranges *et al*, citado por Stipp *et al*:

O risco de hipertensão arterial associado à ingestão recente de duas ou mais doses de etanol/dia é maior que o dobro, comparado a abstêmios. Demonstrou, ainda, uma forte relação independente de risco para álcool ingerido fora do horário das refeições; os que consumiam álcool fora das refeições tiveram maior risco de hipertensão arterial (STIPP *et al*. 2007, p.583).

Até o momento, não existe como predizer o risco de HAS, embora o caráter genético na gênese desta doença seja bem estabelecido (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo Machado (2008), a adesão ao tratamento é um dos mais importantes desafios de quem trata grande número de pacientes com hipertensão arterial, levando em consideração que na maioria das vezes são assintomáticos e descobrem ser hipertensos em uma consulta de rotina. A adesão ao tratamento é um fenômeno multidimensional que inclui fatores relacionados ao paciente, à doença, à terapêutica, socioeconômicos e ao sistema de saúde. Dentre os fatores relacionados ao paciente, o mais importante é a falta de informação sobre a doença e suas possíveis consequências.

O tratamento não farmacológico da hipertensão arterial consiste em estratégias que visam mudar o estilo de vida e que podem levar à diminuição da dosagem dos medicamentos ou até mesmo à sua dispensa. Está indicado a todos os hipertensos e aos indivíduos mesmo que normotensos, mas de alto risco cardiovascular. Dentre essas modificações, as que comprovadamente reduzem a pressão arterial são: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos com regularidade e a não utilização de drogas que elevam a pressão arterial. As razões que tornam as modificações do estilo de vida úteis são (LOPES *et al*, 2011):

- Baixo custo e risco mínimo;
- Redução da pressão arterial, favorecendo o controle de outros fatores de risco;
- Aumento da eficácia do tratamento medicamentoso;
- Redução do risco cardiovascular.

5.2 Fatores relacionados à Hipertensão

Vários estudos mostram que existem alguns fatores, considerados fatores de risco que, associados entre si e a outras condições, favorecem o aparecimento da hipertensão arterial, sendo: idade, sexo, antecedentes familiares, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, tabaco, anticoncepcionais, alimentação rica em sódio e gorduras (BARBOSA *et al*, 2006).

Conforme apresentado no III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, as medidas não farmacológicas que apresentam eficácia comprovada em reduzir a pressão arterial são redução do peso corporal, da ingestão de sal e do consumo de bebidas alcoólicas e prática regular de exercícios físicos.

Redução e controle de peso são necessários. Os hipertensos com excesso de peso devem emagrecer. O objetivo é atingir uma circunferência abdominal adequada (inferior a 94 cm nos homens e 80 cm nas mulheres) e um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m² (SOUZA, 2011).

A perda de 10 kg pode diminuir a pressão arterial sistólica em 5 a 20 mmHg, sendo a medida não-medicamentosa de melhor resultado. Uma dieta com baixa caloria e um aumento do gasto energético com atividades físicas são fundamentais para a perda de peso (AMODEO *et al*, 1996).

Para adquirir hábitos alimentares adequados a dieta hipossódica, deverá restringir a ingestão diária de sal em 6 gramas, o que equivale a 2,4 gramas de sódio (SOUZA, 2011).

O consumo de vinagre, limão, azeite de oliva, pimenta e ervas está permitido, pois estes alimentos não influenciam na pressão arterial. Uma dieta hipossódica pode reduzir a pressão arterial sistólica em 2 a 8 mmHg. São considerados padrões alimentares adequados: ter uma

dieta rica em vegetais, frutas, verduras, grãos, fibras, alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas (alimentos cozidos, assados, grelhados ou refogados, com temperos naturais). Limitar a ingestão de sal, álcool, gema de ovo, crustáceos e margarinas. Evitar doces, frituras e derivados do leite integral (RONDON *et al*, 2003).

Um aspecto interessante deve ser ressaltado em relação ao consumo de álcool. Na verdade, bebidas alcoólicas não são recomendadas, mas se o paciente for consumi-las, a orientação é que não ultrapasse 30g de etanol/dia para homens e 15g/dia para mulheres. (SILVEIRA *et al*, 2007). A diminuição da ingestão excessiva de bebidas alcoólicas pode diminuir a pressão arterial sistólica em 2 a 4 mmHg (GRAVINA *et al* 2007).

A HAS possui evolução silenciosa e lenta e seu tratamento requer mudanças dietéticas e comportamentais, além de rigor ao seguir a prescrição medicamentosa. Por causar elevada morbi-mortalidade no Brasil e no mundo, a HAS deve ser encarada de forma séria e responsável.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O que pretendo realçar são a necessidade e importância de orientar toda a comunidade, em especial os hipertensos, sobre as causas, riscos, consequências e tratamento da HAS.

A proposta de intervenção será enviada para Coordenação de Saúde almejando sua implantação como estratégia de promoção, de um programa de adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelos pacientes em acompanhamento na Estratégia Saúde da Família Lagoa Grande, município de Minas Novas.

O problema escolhido para o Projeto de Intervenção é a baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Os dados levantados, mais significativos, que justificam esta escolha são os seguintes: em dezembro de 2013, o distrito de Lagoa Grande tinha 354 indivíduos hipertensos, o que equivale a 18,8% da população acima de 20 anos de idade, e que 49 % dos atendimentos foram destinados ao programa de hipertensão. Verifica-se um alto número de atendimentos, o que retrata uma ineficácia dos mesmos, pela baixa adesão dos pacientes ao tratamento anti-hipertensivo.

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010) os percentuais de controle de pressão arterial são muito baixos, apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir a morbidade e mortalidade cardiovascular, isso se deve principalmente à baixa adesão ao tratamento, cujos determinantes destacam-se:

- Falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica;
- Baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, e baixa autoestima;
- Relacionamento inadequado com a equipe de saúde;
- Tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consultas, falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço;
- Custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos indesejáveis;
- Interferência na qualidade de vida após início do tratamento.

Identificação dos nós críticos

- Acesso e má estruturação dos serviços de saúde, processo de trabalho em saúde;
- Estilo de vida e valores culturais;
- Práticas educativas pouco motivacionais;
- Inexistência de prática de atividades físicas ofertadas pela equipe aos grupos de HAS;

Propomos o desenho das operações com as operações e ou projeto propostos, os resultados e produtos esperados, bem como os recursos necessários. Apresentamos a proposta dos recursos críticos que precisam ser pleiteados para implementação do projeto proposto, a análise de viabilidade do plano, o plano operativo com suas propostas e avaliação e monitoramento do desenvolvimento das atividades que visam melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

6.1 Desenho das operações

O quadro 3 apresenta o desenho das operações. Indica os nós críticos da baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo e as operações, projetos, produtos e recursos necessários para enfrentá-los.

Quadro 3: desenho das operações.

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Excesso de peso	Modificar hábitos e estilos de vida	Redução de 10% no peso de pelo menos 50% dos hipertensos em 1 ano	Formação de grupos de caminhadas. Palestras com nutricionista, médico, enfermeira e educador físico.	Organizacional: organizar as caminhadas Cognitivo: informações sobre o tema Financeiro: confecção de panfletos e banners. Político: disponibilização dos profissionais.
Sedentarismo	Modificar hábitos e estilos de vida	Ter pelos 50% dos hipertensos praticando exercícios físicos regularmente	Formação de grupos de caminhadas. Palestras com nutricionistas, médico, enfermeira e educador físico. Pleitear junto ao município construção de “academia da cidade” no distrito.	Organizacional: organizar as caminhadas Cognitivo: informações sobre o tema Financeiro: confecção de panfletos e banners e construção de academia. Político: disponibilização dos profissionais.
Elevado consumo de sal	Modificar hábitos e estilos de vida	Reduzir o consumo de sal em toda comunidade	Palestras com nutricionista, médico e enfermeira.	Organizacional: organizar as caminhadas Cognitivo: informações sobre o tema Financeiro: confecção de panfletos e banners. Político: disponibilização dos profissionais
Dislipidemia	Modificar hábitos e estilos de vida	Reduzir o consumo de alimentos gordurosos em toda comunidade	Formação de grupos de caminhadas. Palestras com nutricionista, médico e enfermeira.	Organizacional: organizar as caminhadas Cognitivo: informações sobre o tema Financeiro: confecção de panfletos e banners. Político: disponibilização dos profissionais
Intolerância a glicose	Modificar hábitos e estilos de vida	Prática regular de atividades físicas e melhora nos hábitos alimentares	Formação de grupos de caminhadas. Palestras com nutricionista, médico e enfermeira.	Organizacional: organizar as caminhadas Cognitivo: informações sobre o tema Financeiro: confecção de panfletos e banners. Político: disponibilização dos profissionais
Falta de informação	Aumentar o conhecimento das pessoas sobre hipertensão, suas causas, consequências, prevenção e tratamento.	População mais informada	Capacitação de ACS. Tornar a população mais bem orientada e consciente que é responsável pela sua própria saúde. Palestra pelo médico e enfermeira.	Organizacional: organização da agenda Cognitivo: informações sobre o tema. Financeiro: confecção de panfletos e banners.

6.2 Recursos críticos

O quadro 4 apresenta os recursos críticos que precisam ser pleiteados para implementação do projeto proposto.

Quadro 4: recursos críticos.

Operação/ Projeto	
Excesso de peso	Político: profissional de educação física. Financeiro: recursos financeiros para confecção de folhetos e banners.
Elevado consumo de sal	Financeiro: recursos financeiros para confecção de folhetos e banners.
Sedentarismo	Financeiro: recursos financeiros para confecção de folhetos e banners. Político: profissional de educação física. Construção de “academia da cidade” no distrito.
Intolerância a glicose	Financeiro: recursos financeiros para confecção de folhetos e banners.
Dislipidemia	Financeiro: recursos financeiros para confecção de folhetos e banners.
Falta de informação	Financeiro: recursos financeiros para confecção de folhetos e banners. Político: capacitação das agentes comunitárias de saúde.

6.3 Análise de viabilidade

O quadro 5 apresenta a análise de viabilidade do plano, com seus recursos críticos e respectivos controladores e ações estratégicas para envolvê-los na execução do plano proposto.

Quadro 5: análise de viabilidade.

Operações	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos	Ação estratégica
Ator que controla/motivação			
Excesso de peso	Político: profissional de educação física. Financeiro: recursos financeiros para confecção de folhetos e banners.	Secretaria de saúde/ Favorável	Não é necessária
Sedentarismo	Financeiro: recursos financeiros para confecção de folhetos e banners. Político: profissional de educação física. Construção de “academia da cidade” no distrito.	Secretaria de saúde/ Favorável	Pleitear junto a secretaria de saúde a construção de unidade do projeto “academia da cidade” no distrito Lagoa Grande.
Elevado consumo de sal	Financeiro: recursos financeiros para confecção de folhetos e banners.	Secretaria de saúde/ Favorável	Não é necessária
Intolerância a glicose	Financeiro: recursos financeiros para confecção de folhetos e banners.	Secretaria de saúde/ Favorável	Não é necessária
Dislipidemia	Financeiro: recursos financeiros para confecção de folhetos e banners.	Secretaria de saúde/ Favorável	Não é necessária
Falta de informação	Financeiro: recursos financeiros para confecção de folhetos e banners. Político: capacitação das agentes comunitárias de saúde.	Secretaria de saúde/ Favorável	Não é necessária

6.4 Plano operativo

O excesso de peso está intimamente ligado ao sedentarismo e hábitos alimentares incorretos, os quais, muitas vezes são resultados de falta de informação sobre hábitos saudáveis ou mesmo falta de incentivo para aplicação dessas informações ao cotidiano.

Portanto, para elaborar este plano operativo para aumentar a adesão terapêutica anti-hipertensiva dos pacientes em acompanhamento pela estratégia de saúde da família do distrito Lagoa Grande, serão propostas medidas que visam à adoção de um estilo de vida mais saudável. Tais medidas se relacionam profundamente e serão abordadas por equipe multidisciplinar tanto individual quanto coletivamente, conforme será proposto a seguir.

Operação excesso de peso, operação sedentarismo, operação consumo excessivo de sal, dislipidemia, intolerância a glicose: Durante toda abordagem individual ao paciente hipertenso com o médico e a enfermeira será discutida com os usuários a importância e necessidade do controle adequado de peso, prática regular de exercício físico e hábitos alimentares no controle da HAS.

Além da abordagem individual pelo médico e enfermeira, mensalmente há atendimentos individuais da nutricionista contratada pela prefeitura municipal na unidade de saúde. Nessas ocasiões os usuários obesos ou com sobrepeso com maior dificuldade de adesão ao tratamento receberão avaliação e orientações especializadas sobre benefícios da redução de peso corporal e orientações sobre dieta saudável no controle e prevenção de doenças, especialmente da HAS, foco deste trabalho. Por dieta saudável entende-se ingestão de quantidade adequada de sódio, carboidratos, gorduras e proteínas.

Outra forma de abordagem será pela fisioterapeuta que realiza atendimentos individuais semanais na unidade, a qual orientará os usuários sobre potenciais riscos a saúde causada pelo excesso de peso e benefícios da prática regular de atividades físicas.

Será pleiteada junto a prefeitura a disponibilização de um profissional de educação física para atendimento no centro de saúde duas ou três vezes por semana, o qual será responsável pela formação de grupos de caminhada e outras atividades físicas.

Além da abordagem individual, estes mesmos profissionais poderão participar de grupos de hipertensos e palestras com frequência mensal.

Cada qual na sua área de atuação terá participação essencial na execução deste plano operativo. Durante as abordagens individuais deve-se divulgar a programação dos outros tipos de atendimento, grupos e palestras, a fim de fortalecer o vínculo do usuário com a equipe.

Durante a execução deste plano, a **falta de informação** dará lugar ao conhecimento e, com o constante apoio e incentivo dos membros da equipe da comunidade, espera-se que a adesão ao tratamento anti-hipertensivo seja superior aos patamares atuais.

O quadro 6 apresenta o plano operativo com suas propostas, expectativas e prazos para implementação do projeto.

Quadro 6: Plano operativo.

Operação	Resultados	Responsável	Prazo
Excesso de peso	Redução do peso em 20% do total dos hipertensos	NASF (educador físico)	Início em 02 meses
Sedentarismo	Estimular pelo menos 20% dos hipertensos a praticarem atividade física regularmente	NASF (educador físico)	Início em 03 meses
Ingestão excessiva de sal	Reduzir o consumo de sal na comunidade como um todo	NASF (nutricionista)	Início em 02 meses
Dislipidemia	Melhorar hábitos alimentares e estimular a prática de exercícios físicos em toda comunidade	NASF (nutricionista)	Início em 02 meses
Intolerância a glicose	Melhorar hábitos alimentares e estimular a prática de exercícios físicos em toda comunidade	NASF (nutricionista)	Início em 02 meses
Falta de informação	Aumentar o conhecimento da população acerca da importância de hábitos de vida saudáveis, bem como esclarecer sobre hipertensão arterial sistêmica, suas causas, tratamento e consequências.	Rafael (médico)	Início em 02 meses

6.5- Avaliação e monitoramento

Para avaliar e monitorar o desenvolvimento das atividades propostas, todos os pacientes sedentários, com excesso de peso, hábitos alimentares incorretos e mal orientados com relação à doença deverão ser identificados no momento da implementação do projeto e estes números devem ser reavaliados em seis e doze meses para verificação da eficácia do mesmo.

O quadro 7 apresenta a proposta de um modelo para avaliação e monitoramento do desenvolvimento das atividades que visam melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Quadro 7: avaliação e monitoramento.

Fatores de risco para desenvolvimento de HAS	Número de indivíduos esperados					
	Atual	%	Em 06 meses	%	Em 12 meses	%
Sedentarismo						
Excesso de peso						
Consumo excessivo de sal						
Dislipidemias						
Intolerância à glicose						
Falta de informação						

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto, é inegável a importância e necessidade do cuidado constante com os indivíduos hipertensos. Mais do que isso, é imprescindível que haja em todos os setores da sociedade políticas de incentivo aos hábitos de vida saudáveis acessíveis a todas as camadas da sociedade.

A HAS é uma doença de alta prevalência, potencialmente fatal que possui tratamento cada vez mais acessível e, muitas vezes, sem necessidade do uso contínuo de medicamentos. Ainda assim, parcela significativa dos hipertensos não adere ao tratamento proposto por diversas razões.

Diante deste quadro, é dever das equipes de saúde conhecer a fundo a realidade da população adscrita, identificar e suprir a demanda dos usuários, de modo a reduzir drasticamente a possibilidade de agravos que poderiam ser evitados com um controle adequado.

Desta forma, este estudo buscou compreender e desenvolver ações que possam atuar diretamente em um plano de intervenção para implantação de um programa de adesão ao tratamento anti-hipertensivo o que reduziria os custos gerados pelo tratamento da hipertensão e de suas complicações além da melhoria na qualidade de vida deste grupo.

7 REFERÊNCIAS

- III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Rev Clín Terap 1998; 24:231-72.
- AMODEO, C.; LIMA, N, K, C. Tratamento Não-Medicamentoso da Hipertensão arterial. Revista Brasileira de Medicina. Ribeirão Preto – SP,1996.
- ANDRADE, P JADELSON, VILAS-BOAS F, CHAGAS H, ANDRADE M. Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. Salvador, Bahia. 2002. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/abc/v79n4/12704.pdf>>. Acesso em 01 dez 2014.
- BARBOSA PJ, LESSA I, ALMEIDA FILHO N, MAGALHÃES L, ARAÚJO MJ. Prevalência de hipertensão sistólica isolada em uma capital brasileira. Rev Bras Hipertensão. 2006;13:111-6.
- BRASIL, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Aprendizado dos alunos: Minas Novas. Brasília, INEP, 2014. Disponível em: < <http://www.portalideb.com.br/cidade/2234-minas-novas/aprendizado?etapa=9&rede=publica> > . Acesso em: 27 maio 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Informações de Saúde: Minas Gerais. Brasília, DATASUS, 2014. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm> >. Acesso em: 29 maio 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica nº 15 série A.1ª edição: 7-8. Brasília, DF. 2006. Disponível em < http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em 22 nov 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Indicadores de mortalidade. Brasília, DATASUS, 2014. Disponível em < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c08.def>>. Acesso em 01 dez 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica. Caderno 7. Hipertensão arterial sistêmica – HAS e Diabetes mellitus – DM. PROTOCOLO. Brasília. 2001.
- BRANDÃO AA, POZZAN R, FREITAS EV, POZZAN R, MAGALHÃES MEC, BRANDÃO AP. Blood pressure and overweight in adolescence and their association with insulin resistance and metabolic syndrome. J Hypertens 2004; 22 (Suppl 1): 111S.
- CARNEIRO G; FARIA AN; RIBEIRO FILHO F F; GUIMARÃES A; LERÁRIO D; FERREIRA SRG S; ZANELLA M T. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.49 n°.3 São Paulo July/Sept. 2003. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000300036> Acesso em 02/12/2014.

DANTE MARCELO ARTIGAS GIORGI. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Revista Brasileira de Hipertensão. Volume 13 (1): 47-50, 2006. Disponível em < <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/11-estrategias-para-melhorar.pdf>>. Acesso em 23/11/2014.

GRAVINA, C, F.; GRESPAN, S, M.; BORGES, J, L. Tratamento não medicamentoso da hipertensão no idoso. Revista Brasileira de Hipertensão. 2007

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Minas Gerais: Minas Novas. IBGE, 2014. Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=314180>>. Acesso em: 27 maio 2014.

JARDIM, P C B; GONDIM, M R P; MONEGO, E T; MOREIRA, H G; VITORINO, P V O;, W K S B; SCALA, L C N; Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. Arq. Bras. Cardiol. v.88 n.4 São Paulo abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000400015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pthttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000400015. Acesso em 23/12/2014.

MACHADO, CA. Adesão ao tratamento – Tema cada vez mais atual. Rev Bras Hipertens vol.15(4):220-221, 2008. Disponível em < <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-4/11-comunicacao-breve%20.pdf>>. Acesso em 02/12/2014.

MINAS GERAIS, Estado em Rede. Jequitinhonha-Mucuri, Município: Minas Novas. Disponível em: < <http://www.mg.gov.br/governomg/portal/mn/estadorede/5-jequitinhonha-mucuri/483-minas-novas/0/5363>>. Acesso em: 29 maio 2014.

MINAS NOVAS. Wikipédia, 2014. Disponível em: < http://pt.wikipedia.org/wiki/Minas_Novas>. Acesso em: 28 maio 2014.

MINAS NOVAS. Secretaria Municipal de Saúde. Estratégia Saúde da Família Lagoa Grande. SIABMUN, 2013.

PESCATELLO LS, FRANKLIN BA, FAGARD R, FARQUHAR WB, KELLEY GA, RAY CA. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and hypertension. Med Sci Sports Exerc 2004; 36: 533–553.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013: Perfil do Município de Minas Novas, MG. PNUD, 2014. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/perfil_print/minas%20novas_mg>. Acesso em: 29 maio 2014.

RONDON, M, U, P.; BRUM, P, C. Exercício físico como tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. Revista Brasileira de Hipertensão Arterial. 2003.

SILVEIRA, M, G.; NAGEM, M, P.; MENDES, R, R. Exercício físico como fator de prevenção e tratamento da hipertensão arterial. Revista Digital de Esportes. 2007. Disponível

em <<http://www.efdeportes.com/efd106/exerciciofisico-como-fator-de-prevencao-e-tratamento-da-hipertensao-arterial.htm>>. Acesso em 23/12/2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. Revista Hipertensão, São Paulo – SP, v.13, n. 1, ano 13. Jan./Mar. 2010. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/medica/diretrizes.asp>>. Acesso em: 31 jul. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão V. 2006.

SOUZA, M, S. Tratamento da hipertensão arterial. Revista Banco de Saúde.2010. Disponível em <<http://www.bancodesaude.com.br/hipertensaoarterial/hipertensao-arterial-referencias>>. Acesso em 23/12/2014.

STIPP, MAC; ASSIS, LS; LEITE, JL; ANDRADE, MP; CINHA, NM; SIMO~ES, RD. O consumo do álcool e as doenças cardiovasculares- uma análise sob o olhar da enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11 (4): p.583. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a04>>. Acesso em 12/12/2014.

TAVEIRA LF; PIERIN AMG. O nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos? Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.15 no.5 Ribeirão Preto Sept./Oct. 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000500008&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 12/12/2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION OBESITY. Preventing and managing the global epidemic. WHO/NUT/NCD 98.1. Genebra, jun 1997.