

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

MARIANA ALVES LEITE

**PROPOSTA DE PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS
PARA OS HIPERTENSOS CADASTRADOS NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE FARMACÊUTICO NICANOR BARBOSA DO AMARAL NO
MUNICÍPIO DE PALMA MINAS GERAIS.**

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

2015

MARIANA ALVES LEITE

**PROPOSTA DE PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS
PARA OS HIPERTENSOS CADASTRADOS NA UNIDADE DE SAÚDE
BÁSICA FARMACÊUTICO NICANOR BARBOSA DO AMARAL NO
MUNICÍPIO DE PALMA MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

2015

MARIANA ALVES LEITE

**PROPOSTA DE PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS
PARA OS HIPERTENSOS CADASTRADOS NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE FARMACÊUTICO NICANOR BARBOSA DO AMARAL NO
MUNICÍPIO DE PALMA - MINAS GERAIS.**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em, 12/01/2015

Dedico este trabalho ao meu pai Luiz Fernando pelo apoio e generosidade, a minha mãe Alcione que mesmo ausente está sempre presente, as minhas irmãs pelo cuidado e incentivo, ao meu filho Luiz Fernando pela compreensão e ao pai do meu filho João.

AGRADECIMENTOS

A Deus por guiar meus passos. A minha orientadora Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo, pela disposição em me orientar.

A todos os professores da Pós Graduação em Saúde da Família, por ajudarem em meu crescimento profissional.

A minha equipe da Unidade Básica de Saúde Farmacêutico Nicanor Barbosa do Amaral da cidade de Palma - MG, pela dedicação e confiança dedicadas em meu trabalho.

Aos usuários da Unidade pela generosidade de colaborarem para a realização deste trabalho.

“Toda ação humana, quer se torne positiva ou negativa,
precisa depender de motivação.”

Dalai Lama

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica representa um grave problema para a saúde pública considerando as altas de taxas de morbimortalidade e os gastos com internações. O presente estudo objetivou caracterizar os hipertensos cadastrados na Unidade Básica de Saúde Farmacêutico Nicanor Barbosa do Amaral e propor o desenvolvimento de atividades educativas sobre hábitos saudáveis de vida com abordagem multiprofissional incentivando mudanças no estilo de vida. Para tanto, foi realizada uma revisão bibliográfica para levantar as evidências sobre o tema objeto deste estudo. A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde e ainda utilizaram-se os dados do diagnóstico situacional e do banco de dados do HIPERDIA. A partir da análise destes dados elaborou-se um Projeto de Intervenção e após a realização das atividades previstas percebeu-se que houve mudanças no estilo de vida desses pacientes, como hábitos de fumar, atividade física, dieta, consumo de bebidas alcoólicas e controle pressórico e ainda um aumento da frequência dos mesmos ao serviço de saúde para atendimento médico e atividades de grupo.

Palavras-chave: Hipertensão. Educação em Saúde. Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT

The hypertension represents a serious public health problem considering the high morbidity and mortality rates and the costs of hospitalization. The present study aimed to characterize the hypertensive patients enrolled in Basic Health Unit Pharmacist Nicanor Barbosa do Amaral and propose the development of educational activities on healthy life habits with multiprofessional approach by encouraging changes in life style. For both, a review of the literature was performed to raise the evidence on the subject of this study. The search was carried out in Virtual Health Library and still used the data obtained from the situational diagnosis and the database of HIPERDIA. From the analysis of these data produced a Intervention Project and after the realization of the activities provided for realized that there have been changes in the style of life of these patients, such as smoking habits, physical activity, diet, alcohol consumption and blood pressure control and even an increase in the frequency of same to the health service for medical care and group activities.

Key words: Hypertension. Education in Health. The Family Health Strategy

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVO	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERENCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

1.1 Histórico de criação do município

Por volta de 1780, a cidade fluminense de São Fidelis começa a se desenvolver, formando o casario, entre o Rio Paraíba do Sul e a Serra do Sapateiro. Abre-se uma picada em direção de Cataguases, a fim de se dar expansão ao espírito da época, tendente ao bandeirismo. Havia necessidade de encurtar as distâncias de quebrada em quebrada o explorador alcança a bacia do rio Pomba. Nas margens desse rio, já no atual município de Palma, estavam seguros do roteiro.

Fácil se tornou a chegada ao arraial de Santa Rita de Cássia do Meia Pataca. No meio da viagem, havia um rancho para descanso da tropa. Situava-se numa das margens do Ribeirão da Capivara (em sua parte mais alta na cidade de Palma, na antiga saída para a cidade de Miracema). Existia próximo ao rancho uma vetusta e copada cotieira, de cujo fruto se extraía o azeite. Este lugar passou a ser conhecido pelo nome de Rancho da Cotieira. O Ribeirão Capivara, que leva as águas da bacia hidrográfica, em que se estende grande parte do município de Palma, ao rio Pomba, se transformou em um excelente roteiro para os exploradores. Melhor se tornou a denominação do lugar. Em vez de Rancho da Cotieira menor esforço se despendia em pronunciar, apenas, o nome do rio. Capivara foi a nova designação da localidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMA, 2014).

A “venda”, junto ao rancho se tornou coisa necessária. Outras casas foram construídas, formando-se o arraial, em cujas imediações se fixaram os posseiros, uns, com roças, e outros entregues ao trabalho de mineração, nas datas concedidas, em escritura, pelo Guarda Mor do distrito, ou nas sesmarias adquiridas por meio de cartas subscritas por Sua Majestade Imperial.

Na capela situada na parte mais elevada do lugarejo, é venerada a imagem de São Francisco de Assis. A localidade, tendo todos os requisitos necessários para se tornar a sede de um distrito de paz, foi este criado pela lei provincial nº 1.239, de 29 de agosto de 1864 com a denominação de São Francisco de Assis do Capivara. Como sede municipal, criada pelo decreto estadual nº 297, de 23 de dezembro de

1890, a vila conservou o mesmo nome do distrito sede. Em razão do decreto estadual nº 441-A, de 23 de março de 1891, o município passou a ter a denominação atual de Palma. Recebeu este nome por existir no jardim da cidade, umas palmeiras altas que decoravam o principal logradouro público. Deu inspiração aos responsáveis pela escolha do nome para a vila que recebeu o título de cidade pela lei estadual nº 23, de 24 de maio de 1892. O nome Palma permanece até nossos dias, embora tenham se registrado sucessivas revisões toponímicas no Estado (PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMA, 2014).

1.1.1 Aspectos Geográficos

Palma é um município localizado na Zona da Mata mineira, com 6.500 habitantes aproximadamente, com uma área de 316,73 Km² e tem como municípios limítrofes Muriaé, Santo Antônio de Pádua, Miracema (RJ), Barão de Monte Alto, Laranjal e Recreio. Foi fundada em 24 de Maio de 1892 e tem como gentílico Palmense. Os primeiros nomes foram Sítio da Cotieira e São Francisco do Capivara. Emancipou-se em 1892 com a denominação de Palma por haver muitas palmeiras no centro da cidade. São distritos de Palma Cisneiros e Itapiruçu (PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMA, 2014)..

Palma é um município tem uma concentração de habitantes de: 20,58 Hab/Km² e possui aproximadamente 2050 domicílios.

1.1.2 Aspectos Socioeconômicos

O município de Palmas tem um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,703 e uma taxa de urbanização de 74,15%. A renda média familiar está em torno de R\$ 1.500,00 (hum mil e quinhentos) reais.

Em relação ao abastecimento de água tratada 96,93% dos domicílios estão beneficiados e 94,7% contam com recolhimento de esgoto por rede pública.

As principais atividades econômicas do município são: plantação de arroz e criação de gado de leite. e os postos de trabalho são vinculados ao comércio, administração municipal e aos serviços de saúde.

O município conta com rede bancária (uma agência bancária do Itaú e uma do Bancob), telefonia fixa e móvel, uma agência dos Correios e mais dois postos de entrega nos distritos. No campo das atividades culturais conta com uma biblioteca municipal, campos de futebol, uma Sociedade Musical e de Cultura e também com um Clube.

1.1.3 Aspectos Demográficos

No quadro 1, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013), apresenta-se a distribuição da população do município por faixa etária de localização urbana e rural.

QUADRO 1 - Distribuição da população do município de Palma por faixa etária e localização urbana e rural, referente ao ano de 2013.

POPULAÇÃO										
Faixa Etária	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60 e +	
Área Urbana	87	291	390	522	557	354	1031	1287	604	5123
Área rural	23	90	91	123	125	110	267	323	270	4122
TOTAL	110	381	481	645	682	464	1298	1610	874	6545

Fonte: IBGE, 2013.

A taxa de crescimento da população do município é de -0,02%. Taxa de Escolarização é de 44,68%. A população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 32,56% o ensino médio. Destaca-se que a proporção de moradores abaixo da linha de pobreza está em torno de 1,95%.

1.1.4 Sistema Municipal de Saúde

A população usuária da assistência à saúde no SUS é de 100% e com uma cobertura pelas equipes de saúde da família é de 100,0%. A principal causa de óbitos no município são as doenças cardiovasculares.

O município de Palmas conta com três equipes de saúde da família, três de saúde bucal, um Núcleo de Apoio as Equipes de Saúde da Família (NASF), uma clínica de saúde particular e um laboratório de análise clínica.

O Sistema de Referência e Contrarreferência contam com o apoio do Consórcio Intermunicipal de Saúde que integra os seguintes municípios: Muriaé, Juiz de Fora, Cataguases, Mirai e Leopoldina.

O Hospital e Maternidade Maria Eloy realiza a maioria dos procedimentos de média e alta complexidade. O município também utiliza o SUSFÁCIL para resolver problemas de encaminhamentos fora do mesmo.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Farmacêutico Nicanor Barbosa do Amaral

Esta UBS situa-se no centro da cidade, sendo, portanto, de fácil acesso à população. Funciona das 7h00minh as 16h00minh. Conta com **os** seguintes recursos humanos: dois médicos, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um cirurgião dentista, um técnico de saúde bucal e um auxiliar de saúde bucal. Todos os profissionais cumprem uma carga horária de oito horas diárias.

A área física da UBS tem 315m² e conta com um consultório clínico, um consultório ginecológico, um consultório dentário, uma cozinha, cinco banheiros, sala de curativo, sala de vacinação, farmácia, almoxarifado, sala de esterilização, expurgo, um espaço destinado a recepção, sala de atendimento básico, uma sala de reunião, sala para guarda de material de limpeza, uma sala de raios-X e uma sala para os agentes comunitários de saúde.

A maior procura a UBS pelos usuários é para consulta médica e troca de receitas. Ressalta-se que esses usuários na sua maioria, é portador de doenças crônicas,

com destaque para os hipertensos e diabéticos. Portanto, justifica-se a nossa preocupação com os hábitos de vida dos hipertensos cadastrados na UBS Farmacêutico Nicanor Barbosa do Amaral.

Esta premissa foi reforçada quando da realização do diagnóstico situacional e dentre os problemas de saúde identificados, a escolha recaiu sobre a hipertensão arterial sistêmica pela magnitude do problema na comunidade.

2 JUSTIFICATIVA

A origem do Programa Saúde da Família (PSF), no Brasil, conhecido atualmente como Estratégia da Saúde da Família, teve início em 1994 como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para reorganizar a atenção primária à saúde. A ESF traz na sua concepção o trabalho em equipes dentro de um território definido. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Atua com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes; desenvolvendo ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida (BRASIL, 2006a).

O envelhecimento populacional apresenta-se como um fenômeno global, associando-se ao aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM) são agravos independentes e frequentemente sinérgicos cuja combinação redundando em grave comprometimento à saúde. Ambos necessitam de acompanhamento em longo prazo, exigem mudança de hábitos de vida, por vezes, o uso de medicação por toda a vida (SOUZA; GARNELO, 2008).

Segundo Gomes *et al.* (2009) o estilo de vida é uma expressão moderna que se refere à estratificação da sociedade por meio de aspectos comportamentais, expressos geralmente sob a forma de padrões de consumo, rotinas, hábitos ou uma forma de vida adaptada ao dia a dia. Sua determinação, entretanto, não foge às regras da formação e diferenciação das culturas: a adaptação ao meio ambiente e aos outros homens. Pode-se ainda definir a forma como uma pessoa ou um grupo de pessoas vivenciam o mundo e, em consequência, se comportam e fazem escolhas.

A HAS é uma doença crônico-degenerativa, cujo controle tem se tornado um desafio para os profissionais de saúde, visto que seu tratamento exige participação ativa do hipertenso, no sentido de modificar alguns hábitos de vida prejudiciais e assimilar outros que o beneficiem.

Segundo Fonteles, Santos e Silva (2009), com o aumento na prevalência das doenças crônicas e de suas sequelas, os objetivos da atenção à saúde passaram a ser questionados, sendo que cada vez mais esses objetivos têm deixado de ser simplesmente a “cura” e passando a ser a “melhoria da qualidade de vida” das pessoas. Ressaltando a condição atual, na qual a HAS presente neste século encontra-se em proporções epidêmicas nos adultos em sociedades industrializadas, estudos têm sido conduzidos para a intervenção de medidas não medicamentosas, como mudanças no estilo de vida no sentido de prevenir os riscos decorrentes desse agravo.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi desenvolver atividades educativas sobre hábitos saudáveis de vida, para portadores de HAS cadastrados na Unidade Básica de Saúde por meio de uma abordagem multiprofissional, mudanças no estilo de vida, analisando os dados socioeconômicos e os fatores de risco comportamentais.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção por meio de uma abordagem multiprofissional, com vistas a melhorar a qualidade de vida da população hipertensa residente no território da unidade básica de saúde farmacêutico Nicanor Barbosa do Amaral

4 METODOLOGIA

A metodologia deste estudo contou com as seguintes etapas:

- Análise dos dados do diagnóstico situacional feito quando da realização da disciplina planejamento e avaliação das ações em saúde.
- Análise dos dados do HIPERDIA referente aos usuários hipertensos cadastrados na unidade.
- Revisão bibliográfica nos bancos da Biblioteca Virtual em Saúde para levantar as evidências já existentes sobre objeto deste estudo. A busca nos bancos de dados foi realizada por meio dos seguintes descritores:

Hipertensão.

Educação em saúde.

Estratégia Saúde da família

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 HIPERDIA

A HAS é uma das doenças com maior prevalência (22-44%) entre adultos, sendo um dos principais agravos de saúde no país, e suas complicações, principalmente, aquelas relacionadas a problemas cerebrovasculares, arterial coronariana e vascular de extremidades, elevam os gastos médicos e sociais. É importante o estabelecimento de programas de controle na rede pública de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O plano de reorganização de atenção ao cliente com HAS e DM foi elaborado pelo Ministério da Saúde em 2001, com o objetivo de reestruturar o atendimento aos portadores dessas doenças, proporcionando um atendimento resolutivo e de qualidade na rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2001b).

Além do cadastro, o sistema permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo em que, em médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico da população, e o consequente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social (BRASIL, 2006b).

A qualidade de vida é o objetivo principal de todo programa de saúde desenvolvido para o indivíduo ou para a coletividade. Periodicamente o MS revisa as ações tomadas, verificando as metas alcançadas, propondo alterações para reorganizar as Ações Programáticas da Atenção Básica (LIMA; SILVA; TRALDI, 2008).

O diagnóstico precoce da doença leva a redução do agravo e possibilita que o paciente inicie o manejo terapêutico dessa doença. Este está baseado, inicialmente, na mudança do estilo de vida e quando necessário, na terapia farmacológica. Sendo assim, a maneira como o portador de HAS visualiza a sua doença, repercute no curso de seu tratamento e no prognóstico de sua patologia (BENTO; RIBEIRO, GALATO; 2008).

5.2 Estratégia Saúde da Família

Segundo Cardoso; Borges (2005), o Programa de Saúde da Família (PSF) tem sido compreendido, pelo governo federal, como uma política pública de atenção primária à saúde sendo o primeiro contato da população com o serviço de saúde e uma estratégia para reorientação do mesmo, auxiliando a operacionalização dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e organizando-o numa rede articulada com os outros níveis de atenção.

A ESF teve início na década de 90, sendo inspirado em experiências de outros países (Cuba, Inglaterra e Canadá), nos quais houve interessantes aumentos de qualidade na saúde pública, com investimento na promoção da saúde. Sua implantação foi precedida, em 1991, pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, a partir de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes do PSF, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2001b).

Os fundamentos da Estratégia Saúde da Família (ESF) são a inserção num território específico, além do espaço geofísico, mas também espaço da cultura, das relações, trabalho local com a população, com estabelecimento de vínculos, produção de acolhimento e responsabilização, aproximam o profissional e suas ferramentas de ação ao âmbito da micropolítica dos processos de trabalho, nos seus fazeres cotidianos, nas suas relações, seja com outros profissionais seja com a comunidade. Portanto, trabalhar em consonância com a proposta da ESF requer uma inversão da lógica do cuidado, menos técnico e mais relacional, tanto entre equipe-usuário como entre equipe-equipe (BORGES, 2002).

De acordo com Ogata, Machadoii e Catoia (2009), a equipe de ESF deve atuar na promoção, prevenção, recuperação e na manutenção da saúde da população adstrita, com ações que buscam uma atenção integral à saúde, estabelecendo vínculo com a comunidade. Nesta estratégia, a família passa a ser o foco do atendimento, levando-se em consideração suas necessidades, suas condições

sociais e o meio onde está inserida, para que a equipe possa planejar e promover as ações de saúde de forma integral e com qualidade.

5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo a mesma instituição, a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA, contínua e independente.

De acordo com Fonteles, Santos e Silva (2009), o crescimento da população de idosos em números absolutos e relativos é um fenômeno mundial e cresce sem precedentes. Em 1950 eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo, e em 1998 esse número passou para 579 milhões de pessoas, um crescimento de mais de oito milhões de idosos por ano. Sendo assim, as projeções indicam que em 2050 serão mais de 1.900 milhões de idosos.

Para Sousa, Souza e Scochi (2006), a crescente importância das doenças do aparelho circulatório no perfil epidemiológico da população brasileira, a partir da década de 1960, tem conduzido à proposição de documentos oficiais visando subsidiar a programação e implementação de atividades sistemáticas, com a finalidade de melhorar a saúde cardiovascular dos indivíduos. Nesse sentido, evidencia-se o controle da HAS como importante condição para se evitar ocorrência dos agravos dessa natureza.

As recentes Diretrizes da Hipertensão Arterial revelam que, mesmo a prevalência global da HA sendo discretamente maior entre os homens, o sexo não pode ser considerado como fator de risco para esta doença (CONTIERO *et al.*, 2009).

Gomes, Rocha e Silva e Santos (2010) comentam que o nível de escolaridade está relacionado com a ocorrência de complicações da hipertensão, pois indivíduos com nível superior têm prevalência de complicações hipertensivas 40% menor do que aqueles com menos de 10 anos de estudo. A capacidade de compreender o esquema terapêutico, as indicações medicamentosas e as recomendações quanto às mudanças comportamentais podem estar atreladas a esse aspecto.

O tabagismo agrava as doenças do coração porque aumenta a aterosclerose. Além disso, o abandono deste proporciona melhora na respiração, aguça o paladar, os dentes ficam claros e limpos, o hálito agradável, desaparece o amarelado dos dedos causados pela nicotina, a disposição física e sexual aumenta, além de melhorar o relacionamento com a família, com amigos e no trabalho (SILVA *et al.*, 2007).

O fumo é associado a inúmeras patologias e responsabilizado por altos índices de mortalidade em todo o mundo. Os malefícios provocados pelo tabagismo são abordados por diferentes profissionais da área da saúde. A fumaça do cigarro resultante da combustão incompleta do tabaco é constituída por uma mistura heterogênea, da qual fazem parte a nicotina e o monóxido de carbono, que são as principais substâncias químicas responsáveis pelos efeitos deletérios do fumo nos tecidos periodontais (BORELLI NETO, 2001).

Uma das grandes dificuldades dos portadores de hipertensão em aderir ao tratamento é entender por que devem utilizar diariamente diversos comprimidos e sofrer com efeitos colaterais. A educação em saúde é, então, imprescindível, pois não é possível o controle adequado da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamenta o tratamento. A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle da doença e na prevenção de suas complicações (GOMES; ROCHA e SILVA; SANTOS, 2010).

A ingestão de álcool é identificada como um fator de risco que contribui para o agravamento da HAS, sua ingestão por períodos prolongados de tempo pode aumentar a pressão arterial (PA) e a mortalidade por doenças cardiovasculares. Em populações brasileiras, o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas. A redução desse consumo, portanto, é uma das principais medidas orientadas no tratamento não medicamentoso da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

5.4 Estilo de vida

O estado de saúde de um indivíduo pode ser influenciado pelo meio em que vive, por suas relações sociais, bem como por suas condições socioeconômico culturais, sendo precisamente indicada por sinais fisiológicos, entre eles a pressão arterial (CASTRO; ROLIM, MAURICIO, 2005).

Comumente, a família já é a primeira fonte de suporte a qual seus membros recorrem para resolução de problemas. Ela pode estar presente desde a simples preparação da refeição, passando pela modalidade de lazer, até a rotina do uso de medicamentos e de consultas para avaliação do estado de saúde. Logo, concorda-se que a família deva estar envolvida intimamente no cuidado que favoreça a adesão do portador de HAS ao tratamento. Os cuidados implementados pela família têm a finalidade de preservar a vida de seus membros, com a vantagem de serem realizados de maneira adequada às suas próprias possibilidades, aos seus padrões culturais, às necessidades particulares de cada indivíduo e às condições do meio onde vive (SARAIVA *et al.*, 2007).

Para o controle da HAS, é indicada a adoção de um estilo de vida saudável e frequentemente associado ao uso de medicamentos anti-hipertensivos. No entanto, poucas pessoas hipertensas são aderentes, e aqueles que aderem, o fazem durante algum tempo, e muito deles de forma inadequada. De modo geral, os idosos hipertensos não conseguem seguir estas condutas de controle, e, sobretudo, adotar um estilo de vida saudável, em decorrência da manutenção de hábitos antigos, déficit de conhecimento e do cuidado de familiares. Este fato é preocupante em

detrimento do iminente envelhecimento populacional, em que ascende a prevalência desse agravo (FONTELES; SANTOS; SILVA, 2009)

A ação educativa em saúde deve ser um processo dinâmico que tem como objetivo a capacitação de grupos em busca da melhoria das condições de saúde, e, neste processo, a população tem a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo também adotar ou não novos comportamentos. Não basta apenas seguir normas recomendadas de como ter mais saúde ou evitar doenças, e sim realizar a educação em saúde estimulando o diálogo, a indagação, a reflexão, o questionamento e a ação (MARTINS *et al.*, 2007).

A atividade física é importante para ajudar no controle da PA e também contribui no controle da obesidade. O uso correto e contínuo do anti-hipertensivo associado à prática da atividade física leva a uma redução dos níveis de pressão arterial, promovendo uma sensação de bem estar físico e mental, além da melhoria da qualidade de vida num contexto geral.

A adoção de estilos de vida saudáveis como restrição da ingestão de bebida alcoólica, abolição do tabagismo, planejamento alimentar com redução do sal e alimentos hipercalóricos, manejo de situações estressantes e atividade física regular, devem fazer parte da assistência direcionada aos hipertensos. Quanto aos hábitos de vida, a falta de prática de exercícios regularmente chama atenção, pois em indivíduos sedentários e hipertensos, reduções clinicamente significativas na pressão arterial podem ser conseguidas com o aumento relativamente modesto na atividade física, acima dos níveis dos sedentários. A importância de se modificar os hábitos de vida de uma população através de programas educativos que forneçam informação e instrumentos para esta melhora deve ser parte dos objetivos de programas de saúde e merecer atenção especial dos enfermeiros (JESUS *et al.*, 2008).

5.5 A abordagem multiprofissional no tratamento da Hipertensão

Como a HAS é uma síndrome clínica multifatorial, a abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento e na prevenção das complicações

crônicas. A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que assistem hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo Mendes (2002), a equipe multiprofissional da ESF exige uma abordagem conjunta e integrada, quer seja do médico, do enfermeiro ou do cirurgião dentista, tornando-se imperativo que esses profissionais desenvolvam ações que possibilitem não só um trabalho multidisciplinar, onde cada profissional realiza a sua avaliação, mas, também, uma avaliação interdisciplinar, onde deverão ser traçadas conjuntamente as ações necessárias para a recuperação e manutenção da saúde dos usuários portadores de HAS.

Para o tratamento da HAS é imprescindível à vinculação do paciente às unidades de atendimento, a garantia do diagnóstico e o atendimento por profissionais atualizados, uma vez que seu diagnóstico e controle evitam complicações ou, ao menos, retardam a progressão das já existentes. Além disso, o maior contato com o serviço de saúde promove maior adesão ao tratamento.

De acordo com Braga (2006), nos protocolos de atendimento aos usuários da atenção básica preconizados pelo MS observa-se frequentemente a importância da abordagem multiprofissional. .

Nesta perspectiva, entende-se que o atendimento realizado de forma organizada, humanizada e individualizada, além das ações em grupo, promove a valorização dos pacientes, fortalecendo o vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde. Contribui ainda, para a adesão ao tratamento - que representa um dos principais empecilhos-, obtendo resultados satisfatórios com as propostas terapêuticas, melhorando a qualidade de vida dos hipertensos.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Para embasar a elaboração do projeto de intervenção foi feita uma análise dos dados levantados durante a realização do diagnóstico situacional na comunidade da área de abrangência da Unidade Farmacêutico Nicanor Barbosa do Amaral.

Na Tabela 1, apresentamos as variáveis de caracterização sociodemográficas dos hipertensos da área de abrangência da unidade.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos hipertensos cadastrados no Hipertensão na Unidade básica de saúde farmacêutico Nicanor Barbosa do Amaral

Variáveis	Total
	Nº
Gênero	
Masculino	230
Feminino	188
Total	418

5.1 Plano de Ação

A partir da análise dos dados do diagnóstico situacional a equipe organizou o Plano de Ação e implementou as atividades, a saber:

Atividades	Responsável	Resultado	Avaliação
Grupo para controle dos níveis pressóricos	Enfermeira, Técnico de enfermagem e Médico.	Aumento significativo de hipertensos fazendo controle mensal da PA	Aumento da adesão ao tratamento. Maior vinculação dos hipertensos à UBS
Grupo de caminhada	Equipe do NASF	Aumento da participação dos hipertensos	A adesão às caminhadas vem contribuindo para o

		caminhadas como também da frequência da atividade física	controle dos níveis pressóricos daqueles que aderiram as atividades físicas.
Alimentação Saudável	Nutricionista	Aumento da frequência no grupo de orientações sobre alimentação saudável	Quando da realização do diagnóstico situacional, apenas 45 hipertensos sinalizaram que faziam dieta. É uma ação que precisa de um acompanhamento mais prolongado para avaliar se houve mudanças de hábitos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da ação da equipe multiprofissional, o usuário é submetido a uma gama maior de informações com enfoques diferentes, assim as orientações podem possibilitar uma melhor adesão ao programa terapêutico, com a possibilidade da incorporação de hábitos saudáveis de vida. Isso foi demonstrado nos resultados onde houve mudanças no estilo de vida dos portadores de HAS, verificado pelo número pacientes em controle pressórico, assim como maior adesão a atividade física, dieta alimentar e frequência na unidade de saúde.

As ações voltadas para os hipertensos, como Programa HIPERDIA, exigem uma equipe de saúde multidisciplinar, visando ao atendimento integral, de qualidade e resolutividade.

Os resultados deste projeto contribuíram de forma significativa para um olhar mais reflexivo a respeito da prática profissional, por meio de intervenções, visando à prevenção e o controle dos fatores de risco modificáveis.

REFERÊNCIAS

BENTO, D. B. E RIBEIRO; I.B. GALATO, D. Percepção de pacientes hipertensos cadastrados no Programa Hiperdia de um município do sul do Brasil sobre a doença e o manejo terapêutico - Vida Saudável - Pesquisa Qualitativa. **Rev. Bras. Farm.** v.89, n. 3, p. 194-198, 2008. Disponível em: http://www.revbrasfarm.org.br/pdf/2008/RBF_R3_2008/134_pag_194a198_percepcao_pacientes.pdf>.

BORGES, C. C. **Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF)**. 161 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia e educação da USP. Ribeirão Preto. 2002. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=432319&indexSearch=ID>

BRAGA, E. E. **Reflexão da Ação Multiprofissional no Hiperdia Saúde Bucal, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Monografia (Programa Saúde da Família) Universidade Federal do Triângulo Mineiro.2006. Disponível em < http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acao_multiprofissional_hiperdia_eduardo_braga.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em <<http://www.saude.sc.gov.br/gestores/.../GM-648.html>

----- Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Caderno de Atenção Básica n. 15).

----- **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.

----- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

----- Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília; 2004. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf >.

BORELLI NETO, L. **A Influência do Fumo na Doença Periodontal**. 2001. Disponível em <<http://www.odontosites.com.br/odonto/cientifico/a-influencia-do-fumo-na-doenca-periodontal.html>.

CARDOSO, C.C.; BORGES, C.C. **A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres**, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822005000200005&script=sci_arttext>..

CARVALHO, Q. R. M.; SILVA, A. A. R.; MAIA, F. R. **Proposta de um protocolo para o atendimento odontológico do paciente diabético na atenção básica**. 2005. Disponível em <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v7n1/Protocolo.pdf>

CASTRO, M. E.; ROLIM, M. O.; MAURICIO, T. F. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores **Acta Paul Enferm.** v.18, n. 2, p. 184-9., 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a11v18n2.pdf>.

CONTIERO, A. P. *et. al.* Idoso com Hipertensão Arterial: Dificuldades em Acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.** v.30, n. 1, p. 62-70 2009.

FONTELES, J. L.; SANTOS, Z. M.. S. A. SILVA, M. P. Estilo de vida de idosos hipertensos institucionalizados: análise com foco na educação em saúde, **Rev. Rene.** v. 10, n. 3, p. 53-60, 2009.
Disponível em <<http://www.revistarene.ufc.br/10.3/html/5.htm>>. .

GOMES, J. *et al.* **Autopercepção do estilo de vida em indivíduos com hipertensão arterial**, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a11v18n2.pdf>.

GOMES, T. J.O.; ROCHA, E. SILVA, M. V., SANTOS, A. A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev Bras Hipertens** v.17, n. 3, p. 132-139, 2010. Disponível em<<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/03-controle.pdf>>.

JESUS, E.S. *et al.* Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta paul. enferm.** [online]. v.21, n.1, p. 59-65, 2008.
Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_08.pdf>.

LIMA, P. C.; SILVA, A. B.; TRALDI, M. C. Determinantes do processo saúde-doença: identificação e Registro na consulta de enfermagem. **INTELLECTUS – Revista Acadêmica Digital do Grupo POLIS Educacional**. 2008 Disponível em: <http://www.seufuturonapratica.com.br/intellectus/PDF/03_ART_Enfermagem.pdf>..

MARTINS, J.J. *et al.* Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm.** v. 16, n. 2, p. 254-62, 2007. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200007 >

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS.** São Paulo: Mimeo, 2002. 37 p.

OGATA, M. N.; MACHADOII, M. L.T., CATOIA, E. A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.11, n. 4, p. 820-9, 2009. Disponível em < www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a07.pdf>.

PROJETO SB BRASIL 2003. **Ampliação da amostra para o Rio Grande do Sul – Relatório para a população da macrorregião metropolitana, Porto Alegre-RS,** 2003. Porto Alegre: SES; 2003.

SANTOS, T. S. *et al.* Abordagem atual sobre hipertensão arterial sistêmica no atendimento odontológico. **Odontologia. Clín.-Científ.** v 8, n. 2, p. 105-109, 2009. Disponível em <<http://www.cro-pe.org.br/revista/v8n2/3.pdf>>.

SARAIVA, K. R. O. *et al.* O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento, **Texto Contexto Enferm.** v. 16, n.1, p. 63-70. 2007. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>.

SILVA, A. R. V. *et al.* Consulta de Enfermagem a Cliente com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial – Relato de Experiência. **Rev. RENE.** v. 8, n. 3, p. 101-106, 2007. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=525947&indexSearch=ID>>.

SILVA, E. M. M. *et al.* Mudanças fisiológicas e psicológicas na velhice relevantes no tratamento odontológico. **Rev. Ciênc. Ext.** v.2, n.1, p.63, 2005 Disponível em <http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/186/100>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão I**, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em 07 set. 2011.

SOUSA, L. B.; SOUZA, R. K. T.; SCOCHI, M. J. Hipertensão arterial e saúde da família:atenção aos portadores em município de pequeno porte na região Sul do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. v. 87, n.4, p. 496-503, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001700015&lang=pt&tIng=pt>

SOUZA, M.L.P.; GARNELO, L. "É muito dificultoso!": etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v 24, Sup 1, p. S91-S99, 2008. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2008001300014&script=sci_arttext>.