

ALESSANDRA ALINE MARTINS

**Estratégia de Implementação do Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco Cardiovascular
– SMSA 2009, pela Equipe Azul do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes**

Universidade Federal de Minas Gerais

Curso de Especialização- Atenção Básica em Saúde da Família

Belo Horizonte

2010

ALESSANDRA ALINE MARTINS

**Estratégia de Implementação do Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco
Cardiovascular – SMSA 2009, pela Equipe Azul do Centro de Saúde Marcelo Pontel
Gomes**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial
para a obtenção do título de
especialista no Curso de
Especialização em Atenção Básica
em Saúde da Família pela
Universidade Federal de Minas
Gerais.

Orientadora: Eulita Maria Barcelos

Universidade Federal de Minas Gerais

Curso de Especialização- Atenção Básica em Saúde da Família

Belo Horizonte

2010

RESUMO

Este estudo tem como objetivo implementar a sistematização do atendimento ao hipertenso de acordo com as diretrizes propostas pelo Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco cardiovascular – SMSA 2009. Foi realizada uma revisão de literatura nacional para avaliar as contribuições dos estudos produzidos, com relação à sistematização e controle do acompanhamento de pacientes hipertensos para subsidiar a proposta de implantação do protocolo de hipertensão arterial. A HAS é uma doença crônica, na maioria das vezes assintomática e constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas. Seu controle é geralmente insatisfatório. Dentre os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS está a baixa adesão ao tratamento por parte dos pacientes que ocorre freqüentemente quando as ações são executadas por um único profissional de saúde, tradicionalmente o médico. A equipe multidisciplinar e o tratamento sistematizado propiciarão uma abordagem mais ampla com muitas informações importantes ao hipertenso e a comunidade, ajudando-os na incorporação hábitos saudáveis e atitudes efetivas e definitivas para o controle da hipertensão.

Palavras Chaves: Hipertensão Arterial, Sistematização, Atendimento, Protocolo.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação de Hipertensão Arterial Sistêmica	10
Tabela 2 – Reavaliação de PA no início do tratamento-2009	15
Tabela 3 - Rotina de acompanhamento do hipertenso na UBS-2009	16
Tabela 4. Operações relacionadas a estratégia de Implementação do Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco cardiovascular – SMSA 2009, pela equipe azul do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes	25
Tabela 5-Análise de Viabilidade do Plano	26
Tabela 6-Elaboração do plano operativo relacionado a Estratégia de Implementação do Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco cardiovascular – SMSA 2009, pela equipe azul do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes.....	27

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVOS.....	8
2.1. OBJETIVO GERAL.....	8
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	8
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	9
3.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	9
3.2 DIAGNÓSTICO	11
3.3 CONTROLE E ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE HIPERTENSO	11
3.4 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.....	18
4. METODOLOGIA	21
5. ESTRATÉGIAS PARA ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AO PACIENTE HIPERTENSO	22
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	24
7. CONSIDERAÇÕES.....	28
REFERÊNCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), segundo Ribeiro (2003), consiste em uma morbidade habitualmente silenciosa em suas apresentações mais freqüentes, definida pela presença de níveis tensionais elevados, com repercussões clínicas importantes para o sistema cardiovascular e renovascular, acompanhada freqüentemente de comorbidades de significativa expressão nos indicadores de saúde da população.

Ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica, que tem resultado uma predominância dos agravos crônicos não transmissíveis como a principal causa de morbimortalidade na população.

Inquéritos populacionais bem conduzidos em algumas cidades brasileiras confirmam que a prevalência da hipertensão arterial em nosso meio permanece em patamares preocupantes. As taxas de prevalência na população brasileira urbana adulta têm variado entre 22,3% e 43,9%. Seu alto custo social é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio (BELO HORIZONTE. 2009).

Segundo Belo Horizonte (2009), dados dos Indicadores e Dados Básicos (IDB 2006) da Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa, a prevalência de hipertensão em Belo Horizonte, entre indivíduos maiores que 25 anos é de 25,8%, com discreta variação entre os sexos, mas ampla variação entre as diferentes faixas etárias: 9,9% de 25 a 39 anos, 32,4% de 40 a 59 anos, e 52,5% para maiores de 60 anos.

O atendimento dos pacientes hipertensos pela Equipe Azul do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes, Bairro Jardim Vitória, município de Belo Horizonte - MG, ocorre durante a atividade de acolhimento realizada pelo enfermeiro ou auxiliar de enfermagem. Os mesmos são agendados ou encaminhados para a consulta médica de acordo com suas necessidades. É priorizado o atendimento médico imediato às crises hipertensivas, os pacientes descontrolados que mantêm níveis pressóricos elevados mesmo com uso correto da medicação prescrita e aqueles com queixas agudas. São agendados para consulta médica posterior, aqueles pacientes que necessitam renovação de receita, os pacientes controlados, os que necessitam avaliação/solicitação de exames.

Mensalmente é realizado pela enfermeira e pelo médico, grupos operativos com os pacientes hipertensos juntamente com o grupo de pacientes portadores de diabetes. Estes acontecem na primeira terça-feira de cada mês. Nestes grupos são abordados temas diversos relacionados com hábitos de vida saudáveis, uso correto de medicação, e também realiza-se a aferição de pressão arterial. É feito também algumas atividades

físicas como, por exemplo, alongamento com todos os participantes. Os valores de pressão são registrados em um livro específico para este grupo.

Os pacientes que apresentam níveis pressóricos elevados são avaliados pelo médico e enfermeira no momento do grupo para certificar sobre o uso correto da medicação ou hábitos/situações vividas que possam ter contribuído para a elevação da pressão arterial. Aqueles pacientes que não tomaram o medicamento pela manhã são medicados pelo médico. Quando é constatado nível pressórico elevado com uso correto de medicação é agendada uma consulta médica para reavaliação da prescrição medicamentosa. Pacientes com dificuldade de tomar a medicação em horários corretos é agendado consulta de enfermagem para orientação e é convocada a presença de um familiar responsável para ajudar no tratamento medicamentoso.

Na área de abrangência da Equipe Azul do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes, a hipertensão arterial é a morbidade mais prevalente, acometendo 13,3% da população maior de 20 anos, seguida pelo alcoolismo com 4,2% da população adulta, transtornos mentais 3,9% e diabetes 6,4% da população maior de 40 anos. A falta de registros de acompanhamento dos pacientes com hipertensão impossibilita levantar se estes estão controlados e acompanhados segundo protocolo de hipertensão arterial/risco cardiovascular da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Mesmo com as ações realizadas pela equipe constata-se que não existe um registro sistematizado e um controle no atendimento ao paciente hipertenso sendo observada uma falta de registro de acompanhamento desse grupo que tem uma alta prevalência na comunidade, sendo responsável por 48% das morbidades.

Apesar desta alta prevalência ainda existe um sub-diagnóstico de hipertensão arterial na comunidade, se comparados dados da prevalência da hipertensão na população adulta da equipe com a média das taxas de prevalência na população brasileira urbana adulta. Este é um fato preocupante que merece um estudo para a Implementação do Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco cardiovascular – SMSA 2009, haja vista que já está preconizado é só operacionalizar.

Refletindo sobre os objetivos dos serviços de saúde em relação ao controle dos portadores de hipertensão, preconizado no Manual de Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes (MINAS GERAIS, 2007) e no Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco cardiovascular – SMSA 2009 senti a premência de propor a Equipe Azul a organização do serviço para fazer cumprir o que esta dito no protocolo. Esta minha proposta justifica-se uma vez que a hipertensão arterial é a morbidade mais prevalente. Haja vista que a HAS constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas e comprometimento da funcionalidade de outros órgãos, e seu

controle está intimamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao tratamento medicamentoso, associado à dieta e exercício físico e comprometimento da família no acompanhamento do paciente e ao suporte oferecido pela equipe de saúde no acompanhamento e avaliação periódica deste paciente.

Pretende-se com a implementação da sistematização do atendimento ao hipertenso, possibilitar o acompanhamento e o controle dos pacientes com hipertensão e o planejamento de atividades educativas.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Implementar a sistematização do atendimento ao hipertenso de acordo com as diretrizes propostas pelo Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco cardiovascular – SMSA 2009.

2.2. Objetivos específicos:

- Aumentar o número de diagnósticos de hipertensão na comunidade da área de abrangência;
- Acompanhar 100% dos hipertensos de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde
- Monitorar todos os hipertensos da área de abrangência;
- Diminuir os riscos cardiovasculares dos hipertensos;
- Criar um arquivo rotativo para avaliar a frequência das consultas médicas e buscar os pacientes faltosos as consultas.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial segundo Smeltzer e Bare (2002) é definida como uma pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior que 90 mmHg, baseada em duas ou mais mensurações de pressão arterial durante um período sustentado. Pode ser definida como hipertensão primária ou hipertensão essencial, quando a causa da elevação da pressão é indeterminada e hipertensão secundária quando a pressão se eleva a partir de uma causa determinada, como a doença renal.

Os níveis pressóricos definidos por Belo Horizonte (2009), são os mesmos definidos por Smeltzer e Bare (2002), os autores enfatizam que estes níveis são em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. A hipertensão arterial é a mais freqüente das doenças cardiovasculares, sendo também o principal fator de risco para as complicações como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica.

Na visão de Barbosa *et al.* (2006) a Organização Mundial de Saúde estabeleceu que as pessoas ao apresentarem pressão arterial igual ou maior que 140 x 95 mmHg em intervalos de 4 a 6 horas, já poderiam ser consideradas como hipertensas.

A hipertensão arterial sistêmica é considerada uma doença crônica, com longo curso assintomático, evolução clínica lenta, prolongada e permanente, podendo evoluir para complicações. Sendo um dos principais fatores de morbidade e mortalidade cardiovascular e cerebrovascular. A HAS é uma doença de natureza multifatorial com alta prevalência na população idosa, tornando-se um fator determinante nas elevadas taxas de morbidade e mortalidade desses indivíduos (MINAS GERAIS, 2006).

Com o processo de envelhecimento ocorre uma perda da elasticidade dos vasos arteriais de grosso calibre, tornando-os mais rígidos e, dessa maneira, determinando um aumento progressivo na pressão arterial sistólica e, assim, ocasionado um alargamento na pressão de pulso (diferença da leitura da pressão arterial sistólica e diastólica) (OIGMAN e NEVES, 1999).

Zaitune *et al.*, 2006 abordam que com o envelhecimento os indivíduos se tornam mais vulneráveis a determinados tipos de patologias principalmente as crônico-degenerativas. Isso se deve aos hábitos de vida, como por exemplo, falta de atividades físicas regulares, tabagismo, alcoolismo, alimentos ricos em gordura, sal (resumindo a escolhas de uma vida inteira) e estes são fatores predisponentes a hipertensão. Corroborando com o autor SOCERJ (2004) afirma que as doenças cardiovasculares são as maiores responsáveis pela mortalidade de idosos no Brasil, o que correspondendo a quase 40% entre todas as

causas de mortalidade nessa faixa etária e a mais de 70% de toda a mortalidade por doença cardiovascular no país.

Neste sentido Smeltzer e Bare (2002) apontam que a hipertensão não possui uma etiologia definida, apresentando-se como uma condição multifatorial. Para que ela ocorra deve haver uma elevação na pressão arterial, relacionada à alterações que afetam a resistência periférica ou débito cardíaco. Outra causa pode estar relacionada com os sistemas que controlam e regulam a pressão.

Os autores acima citados descrevem que a hipertensão pode ter uma ou mais das seguintes causas:

- atividade aumentada do sistema nervoso simpático causada por uma disfunção do sistema nervoso autônomo;
- reabsorção renal de sódio, cloreto e água aumentada relacionada a uma variação genética na forma como os rins manuseiam o sódio;
- atividade aumentada do sistema renina-angiotensina-aldosterona, causando uma expansão do volume de líquido extracelular e resistência vascular sistêmica aumentada;
- vasodilatação diminuída das arteríolas relacionadas com a disfunção do endotélio vascular;
- resistência à ação da insulina, que pode ser um fator comum ligando a hipertensão, diabetes mellitus tipo 2, hipertrigliceridemia, obesidade e intolerância à glicose.

Pereira et al. (2009) apresentam uma tabela para a classificação da hipertensão arterial sistêmica para indivíduos acima de 18 anos, conforme tabela a seguir:

Tabela 1 - Classificação de Hipertensão Arterial Sistêmica

CLASSIFICAÇÃO	PA SISTÓLICA (mmHg)	PA DIASTÓLICA (mmHg)
Ótima	< 120	<80
Normal	120-129	80-84
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão Estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão Estágio 3	>= 180	>= 110

Fonte: Belo Horizonte (2009)

3.2 Diagnóstico

O diagnóstico da hipertensão arterial é basicamente estabelecido pelo encontro de níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites de normalidade, quando a pressão arterial é determinada por meio de métodos e condições apropriados. Portanto, a medida da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial. (GUIMARÃES *et al.*, 1999).

Mion (2006) enfatiza que para a determinação do diagnóstico da hipertensão arterial e avaliação da eficiência do tratamento recomendado é muito importante a aferição periódica da pressão arterial, cujo método mais utilizado na prática clínica é o indireto, com técnica auscultatória e esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneróide. Este procedimento deve ser realizado com o paciente na posição sentada e confortável após repouso de pelo menos cinco minutos e com o braço posicionado na altura do coração.

Em indivíduos sem diagnóstico prévio e com níveis de PA elevados em uma única aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. A aferição repetida da pressão arterial em mais de uma ocasião na Unidade de Saúde é requerida para chegar à cifra pressórica usual e reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial diante da simples presença do profissional de saúde no momento da medida da PA. (BELO HORIZONTE 2009).

Para o autor acima citado no primeiro contato com o paciente a aferição da PA deve ser feita em ambos os membros superiores. Caso haja diferença entre os membros, o paciente deverá ser informado e as medidas subseqüentes deverão ser sempre feitas no membro que apresentar níveis mais elevados. Em cada consulta devem ser feitas pelo menos 3 medidas com intervalo de 1 minuto entre elas, devendo-se desconsiderar as medidas em que a diferença de pressão (sistólica ou diastólica) for maior que 4mmHg e considerar o valor médio.

3.3 Controle e acompanhamento do paciente hipertenso

O controle da HAS é geralmente insatisfatório a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e do maior acesso aos medicamentos. Os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS são: curso assintomático na maior parte dos casos, subdiagnósticos e tratamento inadequado, além da baixa de adesão por parte dos pacientes (BELO HORIZONTE 2009).

Essa questão do controle é bastante problemática, pois, na maioria das vezes, a hipertensão é assintomática, os pacientes não a encaram como um problema de saúde que necessite de tratamento. Sarquis *et al.* (1998), enfatizam que para algumas pessoas a ausência de sintomas contribui de forma marcante para a não adesão, ou para o

abandono do tratamento. Chor (1998) ressalta a dificuldade de convencer o paciente, muitas vezes assintomático, de que ele é doente e necessita de tratamento contínuo.

Aspectos relativos à hipertensão arterial, como a cronicidade da doença, em geral não associada à sintomatologia desagradável, também interferem na adesão ao tratamento (DI MATTEO, 1993).

Marcon *et al.* (1995) afirmam que, para uma decisão específica de saúde ser tomada, é necessário que o indivíduo perceba a doença como ameaça.

A taxa de hipertensos sob controle é insatisfatória no mundo inteiro. Estudo brasileiro revelou que, em indivíduos adultos, 50,8% sabiam ser hipertensos, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10,4% tinham pressão arterial controlada (<140/90mmHg). Idade avançada, obesidade e baixo nível educacional mostraram-se associados a menores taxas de controle (BELO HORIZONTE 2009).

Quanto ao baixo nível educacional, Freitas *et al.*(2001), afirmam que as pessoas com um baixo nível educacional têm menos conhecimento de como prevenir as doenças e, em vista disso, menor nível de adesão ao tratamento medicamentoso e mudanças de hábitos de vida.

Jardim *et al.*(1996) verificaram, em um programa de acompanhamento de hipertensos, que indivíduos mais assíduos aos encontros tiveram uma maior redução dos níveis tensionais. A presença do paciente na unidade de saúde é determinante no controle da hipertensão, pois traz motivação individual e esta, por sua vez, estimula a incorporação de atitudes que contribuem para a redução dos níveis pressóricos. Para Clark *et al.* (2000), encontros freqüentes propiciam uma melhor monitorização destes níveis pressóricos, assim como a oportunidade de ter mais acesso a informações sobre a doença e o tratamento que podem servir de base para a adesão do paciente ao tratamento.

Estudo realizado em Tubarão, Santa Catarina sobre a prevalência, conhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial, pouco mais da metade dos hipertensos conhecia sua condição (44,4% eram hipertensos sem diagnóstico), e apesar da metade estar em tratamento, apenas 10,1% estavam controlados. Chama a atenção neste estudo à alta prevalência de hipertensão na área urbana, o baixo grau de conhecimento de sua condição de hipertenso e a baixíssima taxa de controle, mesmo nos indivíduos em tratamento, apontando para a necessidade de que as ações públicas de saúde já existentes na cidade sejam implementadas. As mulheres tiveram um nível maior de conhecimento, tratamento e controle da hipertensão em relação aos homens sugerindo a necessidade de que programas de detecção e acompanhamento desse agravo à saúde

sejam dirigidos principalmente para os indivíduos do sexo masculino (PEREIRA *et al.*, 2003) .

O Ministério da Saúde, em consonância com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde, tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, como o combate à hipertensão arterial. Nesse contexto, insere-se o Programa de Saúde da Família (PSF), onde a atenção é centrada na família e estruturada em uma unidade de saúde e a população adscrita está sob a responsabilidade da equipe multiprofissional. A organização da assistência, com competências bem definidas e integradas entre os membros da equipe multiprofissional, é centralizada no binômio médico–enfermeiro e se estende até o agente comunitário de saúde. O agente é o elo fundamental entre o domicílio e a Unidade de Saúde e representa a principal diferença entre a atuação desse programa e a atividade usual da Unidade Básica de Saúde (UBS), nos seus moldes de atuação tradicional (ARAUJO e GUIMARÃES, 2007).

Castro e Car (2000) apontam a influência do sistema de saúde e da equipe na adesão ao tratamento como aspecto a ser considerado no tratamento de pacientes com doenças crônicas, pois é na relação equipe-paciente que se inicia a conquista da adesão e, um bom relacionamento equipe-paciente pode melhorar a adesão ao tratamento.

Pode-se ressaltar também a importância da interdisciplinaridade na abordagem do paciente. Neste sentido Clark *et al.* (2000) reforçam que o enfoque diferenciado do médico, enfermeira, nutricionista, psicóloga e assistente social é fundamental para o bom tratamento de uma doença crônica. Os grandes sistemas de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentam-se em equipes multiprofissionais.

Campos, (1996) fundamenta enfatizando que sendo a HAS uma doença multicausal e multifatorial, exige diferentes abordagens, diferentes saberes, e só uma equipe multidisciplinar pode proporcionar essa ação diferenciada, pois sua existência permite que os diversos fatores envolvidos na HAS e seu tratamento sejam examinados de modo mais profundo, visto que são abordados conjuntamente.

Por outro lado deve-se atentar para os fatores que podem influenciar negativamente no acompanhamento e o controle dos pacientes hipertensos citados por Jardim *et al.* (1996): os serviços de saúde pouco desenvolvidos, sistemas de distribuição de medicamentos ineficazes, sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde com conseqüente redução de tempo nas consultas e aumento no tempo de espera, dificuldade de acesso ao serviço, falta de conhecimento e de treinamento de profissionais administrativos e de saúde, incapacidade do sistema para educar pacientes e prover seguimento.

Cabe ressaltar que outros fatores, individuais, ambientais e sociais, também interferem de maneira direta facilitando ou dificultando a adoção ou abandono de comportamentos adequados ou nocivos à saúde. A maior razão para o controle inadequado da pressão arterial elevada, de acordo com Clark et al (2000) seria a falta de adesão do paciente ao tratamento.

Em estudo realizado em Salvador, (Bahia) sobre o controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família, foi verificada uma redução estatística significativa na pressão arterial com aumento na normalização da pressão arterial de 28,9% para 57,0% dos pacientes após iniciar o acompanhamento na unidade de saúde da família. Mostrando o quanto esse programa pode ser eficiente. Para isso, é fundamental a reorganização do cuidado primário fundamentada na integração de uma equipe multiprofissional, com competências definidas e centradas no binômio médico–enfermeiro, como é o caso do PSF (ARAUJO e GUIMARÃES, 2007).

Sarquis et al (1998) enfatizam que a meta primordial das ações das equipes de saúde deve ser a de buscar otimizar a adesão do hipertenso ao tratamento.

A organização do serviço, contemplando um sistema de controle da clientela registrada, de modo a identificar e buscar os faltosos é uma estratégia que deve ser adotada para um melhor monitoramento do paciente hipertenso. De acordo com Campos (1996), o contato com o paciente faltoso é um dos fatores que aumenta no paciente o sentimento de estar sendo cuidado, valorizado e estimulado. Jardim *et al.* (1996) chamam a atenção para a organização do serviço nesse sentido, sugerindo que o controle de retorno, assim como o contato e a busca de faltosos podem ser feitos através de visitas domiciliares. Para Bittar (1995) e Grueninger (1995), a existência no serviço de um programa de acompanhamento e um sistema de rastreamento de faltosos são fatores relacionados ao atendimento que concorrem para a adesão.

Deve-se lembrar da disponibilidade de serviços de referência para encaminhamento de casos complexos, ou em caso de urgência, como a crise hipertensiva (CLARK *et al.*, 2000).

A família tem papel também fundamental ao compartilhar a responsabilidade no tratamento com o paciente hipertenso.

Medel (1997) verificou uma maior adesão ao tratamento e controle dos níveis tensionais nos pacientes que percebiam a família como apoio e suporte social. De acordo com a autora, as pessoas bem compreendidas dentro de seu contexto social são mais aderentes. Segundo Araújo *et al.* (1998) para muitos hipertensos, um dos aspectos mais importantes da assistência é ter o apoio da família. Este apoio pode se dar na forma de lembrança ao hipertenso do horário das medicações e de orientação sobre a dieta

hipossódica, ou na disposição de algum dos membros da família para acompanhar o hipertenso às consultas pois, muitas vezes, em virtude de uma idade já avançada ou de outras limitações, o paciente não tem condições de se deslocar sozinho até o serviço de saúde.

Segundo o Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco cardiovascular – SMSA 2009 após o diagnóstico da hipertensão arterial, o indivíduo deve ser acompanhado pela equipe de saúde da família (ESF). Os intervalos entre as consultas logo após o início do tratamento são variáveis, de acordo com os níveis pressóricos, comorbidades e sintomas. Sendo sugerido um cronograma para reavaliação no início dos sintomas que varia de acordo com os níveis pressórico iniciais.

Tabela 2 – Reavaliação de pressão arterial no início do tratamento-2009

Sugestão de prazo para reavaliação da pressão arterial no início do tratamento		
Pressão arterial inicial (mmHg)		Prazo máximo de avaliação
Sistólica	Diastólica	
120-139	80-89	1 ano
140-159	90-99	2 meses
160-179	100-109	1 mês
180-210	110-120	1 semana
> ou = 210	> ou = 120	No mesmo dia

Fonte: Belo Horizonte (2009)

Depois de atingido o alvo de PA ou estabilizado, o controle, os retornos devem ser agendados geralmente com intervalos de 3 a 6 meses, devendo-se individualizar o acompanhamento em função do risco cardiovascular e da adesão do paciente. Pacientes de baixo risco e com boa adesão podem ser revistos com prazo maior, alternando-se consultas médicas, avaliações de enfermagem e ações coletivas, já os pacientes de risco moderado e elevado e com dificuldade para adesão ao tratamento devem ser reavaliados em prazo menor (BELO HORIZONTE 2009).

É importante que cada equipe da saúde da família monitore periodicamente seus indicadores de saúde, elaborando um diagnóstico que será um instrumento importante para a auto-avaliação do trabalho da equipe e que irá possibilitar um planejamento estratégico para busca de metas propostas. Assim, a meta proposta para o acompanhamento do paciente hipertenso de acordo proposto pela SMSA de Belo Horizonte está descrito na tabela abaixo.

Tabela 3 - Rotina de acompanhamento do hipertenso na Unidade Básica de Saúde - 2009

	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
Visitas domiciliares da ACS	1/mês	1/mês	1/mês
Ações coletivas	2 ciclos/ano	2 ciclos/ano	2 ciclos/ano
Consultas de enfermagem	1/ano	1/ano	2/ano
Consultas médicas	1/ano	2/ano	3/ano

Fonte: Belo Horizonte (2009)

Pelo fato da hipertensão arterial ser multicausal e multifatorial, por não acarretar, frequentemente, qualquer sintoma aos pacientes e por envolver orientações voltadas para vários objetivos, o sucesso na consecução dessas metas é bastante limitado quando decorre da ação de um único profissional. Pois, objetivos múltiplos no tratamento e acompanhamento dos pacientes hipertensos exigem diferentes abordagens e a formação de uma equipe multiprofissional, que irá proporcionar ações diferenciadas no acompanhamento dos mesmos. O baixo índice de sucesso e de adesão ao tratamento obtido nos cuidados aos pacientes hipertensos pode ser justificado pela ação executada por um único profissional de saúde, classicamente o médico. Pode-se observar através da tabela proposta acima a ação multiprofissional no acompanhamento do paciente hipertenso (GUIMARÃES *et al.*, 1999).

Tratar e até mesmo prevenir a hipertensão arterial envolve, fundamentalmente, ensinamentos para que se processem mudanças dos hábitos de vida, tanto no que se refere ao tratamento não-medicamentoso quanto ao tratamento com agentes anti-hipertensivos. A consecução dessas mudanças é lenta e, na maioria das vezes, penosa, e por serem medidas educativas, necessitam continuidade em sua implementação (GUIMARÃES *et al.*, 1999).

É considerando exatamente esse aspecto que o trabalho da equipe multiprofissional, ao invés do médico isoladamente, poderá dar aos pacientes e à comunidade uma gama muito maior de informações, procurando torná-los participantes ativos das ações que a eles estarão sendo dirigidas, e com motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem essas ações efetivas e definitivas (GUIMARÃES *et al.*, 1999).

A equipe multidisciplinar propiciará aos pacientes e a comunidade muitas informações importantes, ajudando-os na incorporação hábitos e atitudes efetivas e definitivas para o controle da hipertensão. Poderão fazer parte dessa equipe médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, funcionários administrativos. Cabe a cada serviço adequar à composição da equipe de acordo com suas possibilidades e com a necessidade da clientela atendida. Jardim *et al.* (1996) enfatizam que deve haver harmonia de objetivos e uniformização de linguagem, além de um treinamento adequado dos membros da equipe. Pode-se contar com o apoio do Núcleo de apoio a Saúde da Família (NASF) de seu Município.

De acordo com MINAS GERAIS, (2007), os objetivos dos serviços de saúde em relação ao controle dos portadores de hipertensão são:

- Vincular os portadores de hipertensão arterial às Unidades de Saúde, garantido-lhes acompanhamento e tratamento sistemáticos a partir de ações de capacitação dos profissionais e reorganização do serviço.
- Detectar, estabelecer diagnóstico, identificar lesões em órgãos alvo e/ou complicações crônicas e adotar tratamento adequadamente.
- Dar suporte e estimular os profissionais envolvidos na atenção básica, para que promovam medidas coletivas de prevenção primária, enfocando os fatores de risco cardiovascular.
- Reconhecer as situações que requeiram atendimento nos serviços de referências secundárias e terciárias.
- Auxiliar o indivíduo com hipertensão a fazer mudanças em seus hábitos de vida, aumentando o nível de conhecimento e de conscientização da população sobre a importância da promoção à saúde, de hábitos alimentares adequados, de manutenção do peso e da vida ativa, ajudando a reduzir a pressão arterial. Tendo como meta a redução para valores inferiores a 140/90 mmHg.

3.4 Sistematização da Assistência

A Resolução 272/2004 – COREN (2002) preconiza que a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

Esta resolução diz ainda que a SAE pode ser institucionalizada como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro. A implementação da SAE constitui em melhora na qualidade da Assistência de Enfermagem e pode ser adequado ao controle e tratamento do paciente hipertenso.

O enfermeiro, enquanto integrante da equipe do Programa Saúde da Família (PSF), desenvolve importante papel no acompanhamento do paciente portador de hipertensão. Este profissional além de atuar como educador em saúde no trabalho com grupos de pessoas hipertensas, seus familiares e com a comunidade, é responsável por desenvolver a consulta de enfermagem, atividade privativa do enfermeiro. (BRASIL, 2001)

Segundo Felipe et al. (2008), o enfermeiro precisa atender os pacientes hipertensos sistematizando suas ações, sendo necessária a realização do histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução, a fim de que seu trabalho e conhecimento conduzam ao repensar contínuo da prática profissional.

Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de habilidades específicas pelos enfermeiros que atuam em unidades básicas de saúde para realizarem uma consulta de enfermagem satisfatória a pessoa hipertensa. Em seu estudo realizado sobre aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família de Fortaleza as enfermeiras entrevistadas enfatizaram a importância do processo sistematizado de enfermagem no atendimento ao portador de hipertensão (FELIPE et al., 2008),

Pois, para o enfermeiro desenvolver um trabalho assistencial com qualidade, é necessário a aplicação de uma metodologia baseada na sistematização da assistência de enfermagem. A avaliação do cuidado se desenvolve durante todas as etapas do processo. Sendo necessário o registro das ações desenvolvidas durante a consulta. A importância destes registros se dá na medida em que toda a equipe tem acesso às informações referentes ao estado do paciente para efetivar a continuidade do tratamento. Neste mesmo estudo conclui-se que alguns aspectos estão deixando de ser abordados durante a consulta de enfermagem como: solicitação de exames e análise de exames

anteriores, além do exame físico completo, o que pode comprometer o atendimento dos pacientes acompanhados pelo programa de hipertensão em tais Unidades Básicas de Saúde (FELIPE et al., 2008),

Verzola e Costa, (2006) em estudo realizado sobre assistência de enfermagem ao paciente com hipertensão arterial sistêmica na atenção primária de Batatais, a atuação da enfermagem tem garantido uma maior adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento. Estes quando diagnosticados com hipertensão são atendidos pelo médico e enfermeira e recebe um cartão de aprazamento (consultas e retornos). Após orientações e prescrições, as datas das consultas são marcadas e arquivadas neste cartão, onde é controlada a condição do paciente. Sempre que o usuário comparece a consulta, o cartão é checado, sendo marcada uma nova data para retorno. Na primeira semana de cada mês são checados os cartões do mês anterior, junto ao arquivo; os pacientes que faltaram à consulta recebem um aviso marcando nova data. Com o objetivo de diminuir os abandonos ao tratamento.

Para Souza e Jardim (1994)¹ e Smeltzer e Bare (2005)² citados por Verzola e Costa, (2006), na consulta de enfermagem, o paciente hipertenso permanece sobre o tratamento específico do médico até o momento em que é considerado controlado. A partir daí ele é encaminhado pelo médico para o consultório de enfermagem e orientado sobre a continuidade do seu tratamento. Os seus retornos passam a ser agendados, sendo os pacientes avaliados quanto aos seus níveis pressóricos, a temperatura e sua aderência ao tratamento, sempre reforçando as orientações sobre mudanças no estilo de vida como: controle de peso, limitação da ingestão de álcool, estímulo a atividade física, redução da ingestão de sódio de lipídios saturados e colesterol, manter ingestão de potássio, cálcio e magnésio, parar de fumar. (VERZOLA E COSTA, 2006)

Segundo Iyer *et al*, (1993)³ e Horta (1979)⁴ citados por D'innocenzo (2006), o processo de enfermagem é composto por cinco fases seqüenciais e inter-relacionadas: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Estas fases integram as funções intelectuais de solução de problemas, num esforço para definir as ações de enfermagem

¹ SOUZA, A. L. L.; JARDIM, P.C.B.V. **A Enfermagem e o paciente hipertenso em uma abordagem multiprofissional – relato de experiência.** Revista Latino Americana de Enfermagem. Vol.2, jan 1994.

² BRUNNER ; SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** v.1, 9. Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2005

³ Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Processo e diagnóstico em enfermagem. Tradução de Regina Machado Garces. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993.

⁴ Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo (SP): EPU; 1979.

sendo caracterizado como intencional, sistematizado, dinâmico, interativo, flexível e baseado em teorias. A utilização deste método de trabalho traz implicações para a profissão, para o cliente e para a enfermeira, definindo o alcance da prática e identificando padrões de cuidados de enfermagem. Garante o atendimento ao cliente com qualidade, ao mesmo tempo em que o estimula a participar dos cuidados. Por fim, promove o aumento da satisfação e a intensificação de crescimento profissional. Tendo em vista o movimento mundial pela qualidade, a preocupação do setor saúde em promover a melhoria da assistência prestada à população e a importância do serviço de enfermagem para a efetivação desta assistência, é necessário adotar um sistema de avaliação contínuo e sistematizado para melhorar progressivamente a qualidade dos cuidados de enfermagem (D'INNOCENZO.2006).

Segundo Nascimento, *et al.* (2008.p.15), além de proporcionar um direcionamento para a organização do cuidado, a SAE também proporciona aos profissionais de enfermagem uma maior autonomia perante os demais trabalhadores da saúde, conforme refletem as falas:

significa um método de organização do processo de trabalho no que se relaciona ao registro de informações, bem como, no direcionamento dos cuidados a serem prestados junto aos pacientes, proporcionando ao enfermeiro um poderoso instrumento de avaliação e direcionamento dos cuidados a serem desenvolvidos pela equipe de enfermagem

Westphalen (2001)⁵ citado por Nascimento, *et al.* (2008) os registros formais da assistência, desenvolvidos de maneira sistematizada e otimizada, proporcionam visibilidade e garantem a continuidade do cuidado de forma segura, integrada e qualificada. A SAE, ao dar conta da continuidade do trabalho entre equipes, se transforma em um processo dinâmico capaz de estreitar os laços profissionais entre a equipe multiprofissional.

Segundo Nascimento, *et al.* (2008), a SAE é parte de um processo que vem sendo desenvolvido ao longo do tempo por enfermeiros comprometidos em melhorar cada vez mais o cuidado prestado ao paciente, pois vislumbram a necessidade de cuidado interativo, complementar e multiprofissional. A SAE proporciona uma maior autonomia para o enfermeiro, um respaldo seguro através do registro, que garante a continuidade/complementaridade multiprofissional, além de promover uma aproximação enfermeiro – usuário, enfermeiro – equipe multiprofissional.

⁵ Westphalen ME, Carraro TE, organizadoras. **Metodologia para a assistência de enfermagem, teorização, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB; 2001

4. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura nacional para avaliar as contribuições dos estudos produzidos, com relação à sistematização de acompanhamento de pacientes hipertensos visto que esta revisão possibilita sumarizar as pesquisas já concluídas e obter conclusões a partir do tema de interesse. Este levantamento subsidiará a proposta de implantação do protocolo de hipertensão arterial - Equipe azul do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes.

Para se fazer uma revisão de literatura, é necessário que se estabeleçam questões para nortear as buscas por produções de determinado assunto. De acordo com Broome (1993) a construção de um conceito requer um trabalho de reconhecimento de pesquisas prévias na área, bem como a identificação de quais as questões que permanecem sem respostas. As questões que nortearam o estudo foram o que a literatura diz sobre sistematização da assistência, o acompanhamento, controle do paciente portador de hipertensão arterial.

A população do estudo foi constituída por publicações nacionais, que abordassem o tema proposto, Foi feito um levantamento bibliográfico nas bases de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde), BIREME (onde foram encontrados 26 artigos com o tema sistematização / hipertensão). Foram consultados protocolos, textos e artigos científicos publicado em revistas. A amostra foi composta por 21 trabalhos científicos.

5. ESTRATÉGIAS PARA ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AO PACIENTE

HIPERTENSO

Baseado na realidade da Equipe Azul do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes, está sendo propostas estratégias para organização do atendimento ao paciente portador de hipertensão arterial. Sendo 03 frentes de trabalho.

1. Reorganização das informações e registros de acompanhamento dos hipertensos que consiste em:

- Fazer o levantamento de todos os pacientes com diagnóstico de hipertensão;
- Elaborar de um arquivo rotativo contendo dados referentes aos hipertensos (nome, endereço, data da última consulta e data do retorno, medicamentos em uso);
- Realizar o levantamento mensal de todos os hipertensos faltosos às consultas e busca ativa dos mesmos com reagendamento das mesmas;
- Agendar de retorno após cada consulta (médica ou de enfermagem) o paciente hipertenso terá seu retorno agendado pelo profissional que foi atendido de acordo com a sua classificação e periodicidade estabelecida pelo Protocolo de Hipertensão SMSA (2009).
- Buscar todos os faltosos.

2. Projeto saúde para todos, para facilitar o acesso as práticas educativas e grupo para levantamento de possíveis hipertensos dos usuários ao SUS com ações:

- Os grupos operativos serão realizados mensalmente com temas previamente estabelecidos, referentes à prevenção, tratamento, riscos da hipertensão e estímulo a hábitos de vida saudáveis. Terá a participação da equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, dentre outros) de acordo com o tema estabelecido para o grupo.
- O procedimento de mensuração de pressão será realizado em todos os pacientes atendidos pela equipe. Se verificado alteração na mesma, o paciente será estimulado a retornar para nova mensuração de acordo com o Protocolo de Hipertensão SMSA (2009).
- Planejamento com o paciente diagnosticado como hipertenso e seus familiares, do tratamento, definindo metas e resultados (grau de atividade física, peso, níveis tensionais, entre outros);
- Monitoramento do tratamento, através de visitas domiciliares e grupos operativos
- Trabalho em grupos com a participação de familiares de hipertensos;

- Implantação de programas de incentivo ao tratamento, educação e conscientização do paciente sobre a necessidade de tratamento, mostrando seus benefícios;
- Treinamento periódico dos agentes comunitários.
- Orientar e convidar os pacientes para participação do grupo de caminhada, dos grupos operativos existentes na unidade e estimular os usuários que não comparecem ao posto a comparecerem para mensuração de pressão.
- Detalhamento do regime terapêutico, sendo o mais didático possível no que diz respeito aos horários e às drogas (descrever os comprimidos, a cor e o tamanho e correlacioná-los com seus horários é uma alternativa);

3. Sistematização da assistência de enfermagem:

- Consulta de enfermagem seguindo os passos propostos pela SAE: histórico (entrevista), diagnóstico, exame físico, evolução e prescrição de enfermagem.
- Todo paciente hipertenso passará no mínimo por uma consulta de enfermagem ao ano.
- Os pacientes hipertensos com risco maior para doenças cardiovasculares passarão no mínimo por duas consulta de enfermagem ao ano.
- Todos os hipertensos serão convidados a participar dos grupos operativos realizados pela equipe.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Segundo Turci (2008), a busca de melhores resultados no trabalho, almejando condições adequadas de saúde e maior autonomia e satisfação de usuários, exigem mudança no processo de trabalho, envolvendo maior valorização da comunicação e dos espaços de participação, do trabalho em equipe, das parcerias, do uso de dispositivos de qualificação, a escuta e os projetos terapêuticos, da produção e apropriação coletiva de instrumentos, como protocolos clínicos e organizacionais, do uso da informação e ferramentas do planejamento, do monitoramento e avaliação das intervenções.

Após o levantamento dos problemas foram priorizados os mais críticos para serem trabalhados inicialmente, uma vez que todos não serão resolvidos ao mesmo tempo, considerando as dificuldades pela falta de recursos financeiros, humanos, materiais, políticos vivenciadas na Unidade Básica . Foi realizada uma análise criteriosa e foi possível identificar, aquelas causas consideradas como mais relevantes, que são consideradas os nós críticos. O conceito de “nós críticos” (tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo) traz uma idéia também de algo sobre o qual eu possa intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade (CARDOSO *et al.*, 2008).

Foram selecionados os “nós críticos”, as situações nas quais a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que podem ter um impacto importante sobre o problema escolhido. São eles: Hipertensos sem registros de acompanhamento e Subdiagnóstico de HAS.

A partir dos “nós críticos” foram identificados, as operações/projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução.

As planilhas 1, 2 e 3 apresentam o desenho das operações, a análise de viabilidade do plano e o plano operativo.

Tabela 4. Operações relacionadas a estratégia de Implementação do Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco cardiovascular – SMSA 2009, pela equipe azul do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes

Nó crítico	Operação /projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hipertensos sem registros de acompanhamento	Reorganização das informações de acompanhamento dos hipertensos:	100% dos hipertensos e diabéticos acompanhados segundo protocolo da SMSA BH (2009)	Reorganização das informações de acompanhamento dos hipertensos:	1. Organizacional – adequar fluxos e montagem do arquivo 2. Cognitivos – elaboração do projeto e treinamento da equipe; 3. Financeiro – aquisição do arquivo rotativo 4. Político: envolvimento dos profissionais
Subdiagnóstico de HAS	Saúde para todos	Facilitar o acesso dos usuários ao SUS aumentando o número de diagnósticos e controle de HAS	Ações educativas; Grupo para levantamento de possíveis hipertensos e diabéticos;	1. Organizacional – para planejamento das ações; 2. Cognitivo – divulgação e sensibilização; 3. Político: envolvimento dos profissionais
Falta de um atendimento sistematizado ao paciente hipertenso	Sistematização da assistência de enfermagem	100% dos hipertensos acompanhados pela enfermagem	Controle pressórico adequado; Diminuição dos riscos cardiovasculares; Mudanças nos hábitos de vida; Uso adequado de medicamentos	Organizacional para planejamento as ações e mudança no processo de trabalho; Cognitivo: divulgação e sensibilização; Político: envolvimento dos profissionais.

Tabela 5. Análise de Viabilidade do Plano

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Operações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Reorganização das informações de acompanhamento dos hipertensos:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Financeiro - para aquisição de arquivo rotativo 2. Organizacional - mobilização da equipe para a reorganização e adequação de protocolos 	Equipe de saúde da família	Favorável	Apresentação do projeto
Saúde para todos	<ol style="list-style-type: none"> 2. Organizacional - envolvimento da equipe para sensibilização da população para participar das atividades do Centro de Saúde 	Equipe de saúde da família -.	Favorável	Apresentação do projeto
Sistematização da assistência de enfermagem	<p>Organizacional para planejamento as ações e mudança no processo de trabalho;</p> <p>Político: envolvimento dos profissionais.</p>	Enfermeiro	Favorável	Apresentação e divulgação do projeto

Tabela 6. Elaboração do plano operativo relacionado Estratégia de Implementação do Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco cardiovascular – SMSA 2009, pela equipe azul do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes

Operação/ Projeto	Resultados esperado	Produtos esperados	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
Reorganização das informações de acompanhamento dos hipertensos com a implantação do protocolo de HAS/Risco Cardiovascular SMSA 2009	-100% dos hipertensos acompanhados segundo protocolo e maior controle dos níveis pressóricos - Diminuição do risco cardiovascular	Reorganização das informações de acompanhamento de HAS; Implantação do protocolo de HAS/Risco Cardiovascular SMSA 2009; Criação do arquivo rotativo; Levantamento mensal de faltosos as consultas; Agendamento de retorno após cada consulta; Reagendamento de consultas dos faltosos; Busca ativa de faltosos.	Apresentação do projeto a equipe: Treinamento e sensibilização de toda a equipe;	Enfermeira, Médico generalistas e auxiliares de enfermagem da equipe	15 dias para treinamento e sensibilização da equipe; 15 dias para criação do arquivo rotativo e levantamento dos HAS/DM 1 mês para organização de agendas e fluxo de atendimento 2 meses para iniciar atendimento segundo fluxo
Saúde para todos: Facilitar o acesso dos usuários ao SUS	Aumentar o número de diagnósticos e controle de HAS	Ações educativas; Grupos operativos para levantamento de possíveis hipertensos; Mensuração de pressão realizada em todos os pacientes atendidos pela equipe; Monitoramento do tratamento; Treinamento periódico dos agentes comunitários;	Apresentação do projeto; Sensibilização de toda a equipe.	Enfermeira, Médico generalista e agentes de saúde	1 mês para planejamento dos grupos educativos/cronograma dos grupos e sensibilização da equipe
Sistematização da assistência enfermagem	100% dos hipertensos acompanhados pela enfermagem;	Controle dos níveis pressóricos, uso adequado de medicamentos e mudança nos hábitos de vida; Diminuição dos riscos cardiovasculares	Apresentação e divulgação do projeto	Enfermeira	2 meses para a implementação da SAE

7. CONSIDERAÇÕES

Este estudo demonstrou as várias dificuldades no acompanhamento ao paciente hipertenso na atenção primária e o impacto dessa morbidade nos indicadores de saúde que interfere diretamente na qualidade da assistência.

Pelo fato de a hipertensão arterial ser multicausal, multifatorial, por ter freqüentemente curso assintomático e por envolver orientações voltadas para vários objetivos, o sucesso na consecução das metas é bastante limitado quando decorre da ação de um único profissional. Assim, a equipe multidisciplinar propiciará aos pacientes e a comunidade muitas informações importantes, ajudando-os na incorporação hábitos e atitudes efetivas e definitivas para o controle da hipertensão. Pois, objetivos múltiplos no tratamento e acompanhamento dos pacientes hipertensos exigem diferentes abordagens e a formação de uma equipe multiprofissional, que irá proporcionar ações diferenciadas no acompanhamento dos mesmos.

A sistematização da assistência ao paciente hipertenso com a implantação do protocolo e atuação da equipe multiprofissional gera bons resultados no controle do paciente hipertenso. Mas exige qualificação da equipe e mudança no processo de trabalho.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, J.C.; GUIMARÃES, A.C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família; **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 3, São Paulo, Jun. 2007.

ARAÚJO, T. L. et al. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. **Rev. Soc. Card. Estado de São Paulo**, v. 8, n.2 (Supl A) p.1–6, 1998.

BARBOSA P.J, LESSA I, ALMEIDA filho N, MAGALHÃES L, ARAÚJO M.J. Prevalência de hipertensão sistólica isolada em uma capital brasileira. **Rev Bras Hipertens**.2006.

BELO HORIZONTE. **Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco cardiovascular** – Belo Horizonte: SMSA, 2009.

BITTAR, N. **Maintaining long-term control of blood pressure: the role of improved compliance**. *Clinical Cardiology*, v.18, n.6, p.12–16, 1995.

Brasil. Ministério da Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus**. Brasília; 2001.

BROOME, M E. **Integrative literature review for the development of. Concepts**. In: **Concept Development in Nursing**. 2 edn. Philadelphia, PA, p. 231-250, 1993.

BRUNNER ; SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.2, 2002.

CAMPOS, E. P. Contribuição da psicologia ao tratamento do hipertenso. **Folha Méd.**, v.113, n.2, p.153–156, 1996.

CARDOSO, F.C. *et al.* **Modulo 3: Planejamento e Avaliação das ações de Saúde**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2008.

CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n.2, p.145–153, 2000.

CHOR, D. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro. Hábitos de vida e tratamento. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.71, n.5, p.100–119, 1998.

CLARK, M. J.; CURRAN, C.; NOJI, A. **The effects of community health nurse monitoring on hypertension identification and control.** Public Health Nursing, v.17, n.6, p.452–459, 2000.

COREN - MG – **Legislação e normas - Resolução 272/2004 Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas instituições de saúde brasileiras.** Rio de Janeiro, 27 de agosto de 2002, disponível em: <http://www.corenmg.gov.br> Acesso em: 15 mai. 2010

DI MATTEO, M. R. et al. **Physicians characteristics influence patients adherence top medical treatment:** results from the Medical Outcomes Study. Health Psychol., v. 12, n.2, p.93-102, 1993.

D'INNOCENZO, M., ADAMI, N.P., CUNHA, I.C.K.O., O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev. bras. enferm.** v. 59, n.1, Brasília Jan./Feb. 2006.

FELIPE, G.F., ABREU, R.N.D.C., MAGALHÃES, T.M., Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família , **Rev. esc. enferm.** USP, v. 42, n.4, São Paulo, Dec. 2008

FREITAS, O. C. et al. **Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the state of São Paulo, Brazil.** Arq. Bras. Cardiol., v.77, n.1, p.16–21, 2001.

GRUENINGER, U. J. **Arterial hypertension:** lessons from patient education. Patient Education and Counseling, v. 26, p.37–55, 1995

GUIMARÃES, A.C. et al. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial , **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.43, n.4, São Paulo, aug. 1999 .

JARDIM, P.C.B.V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 88, n.4, São Paulo, jul. 2007.

JARDIM , P.C.B.V. & JARDIM, T. S.V. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens** vol.13(1): 26-29, 2006.

MARCON, S. S. et al. Comportamento preventivo de servidores da UEM hipertensos e a aderência ao programa de assistência ao hipertenso do ambulatório. **Ciencia Y Enfermería**, v.1, n.1, p.33–42, 1995.

MEDEL, E. S. **Adherencia al control de los pacientes hipertensos y Factores que la Influencian.** *Ciência y Enfermería*, v.3, p.49–58, 1997.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes.** 2. ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007. 198p

MION Jr, D. (org). **V Diretrizes Brasileiras De Hipertensão Arterial.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006.

NASCIMENTO, K.C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional, **Rev. esc. enferm. USP** v. 42, n.4 São Paulo Dec. 2008.

OIGMAM, W. & NEVES, M. F. T. Hipertensão arterial no idoso. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 56, n. 12, p. 193-206, 1999.

PEREIRA, M.R. et al. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003, **Cad. Saúde Pública** v.3, n.10, Rio de Janeiro, Oct. 2007,

RIBEIRO, R.,– C:/Meus documentos/SMSA/Saúde do adulto/Protocolos/Protocolos HAS – EPIDEMIOLOGIA.doc – Versão de: 25/08/2003.

SARQUIS, L. M. M. et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.32, n.4, p.335–353, 1998.

SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (SOCERJ). Manejo terapêutico em cardiogeriatría. Revista da SOCERJ, v.17, supl. B, cap. 1, p. 7-8, jun., 2004.

TURCI, M.Q. **Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008. 432p.

VERZOLA, C.P., COSTA, M.R., **Assistência de enfermagem ao paciente com hipertensão arterial sistêmica na atenção primária**. Monografia (graduação) - Centro Universitário Claretiano de Batatais, 2006.

ZAITUNE M.P.A.; BARROS M.B.A.; CESAR C.L.G.; CARANDIN A.L.; GOLDBAU M. M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados, e prática de controle no município de campinas, São Paulo, Brasil. **CAD Saúde Pública**. 2006.