

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANA PAULA APARECIDA MOREIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CADASTRAR OS PORTADORES
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PERTENCENTES À
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BANDEIRANTES, NO MUNICÍPIO
DE CURVELO/MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2019

ANA PAULA APARECIDA MOREIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CADASTRAR OS PORTADORES
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PERTENCENTES À
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BANDEIRANTES, NO MUNICÍPIO
DE CURVELO/MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Dra. Paula Cambraia de Mendonça Vianna

BELO HORIZONTE /MINAS GERAIS

2019

ANA PAULA APARECIDA MOREIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CADASTRAR OS PORTADORES
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PERTENCENTES À
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BANDEIRANTES, NO MUNICÍPIO
DE CURVELO/MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profª Dra. Paula Cambraia de Mendonça Vianna - UFMG – Orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete-UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 11 de junho de 2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia;

Ao meu pai, minha mãe e aos meus irmãos.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos primeiramente ao Mestre e o grande arquiteto do universo: Deus.

A minha família por toda a dedicação e paciência contribuindo diretamente para que eu pudesse ter um caminho mais fácil e prazeroso durante esses anos.

Agradeço aos professores que sempre estiveram dispostos a ajudar e contribuir para um melhor aprendizado em especial as minhas professoras e orientadoras.

Agradeço também a minha instituição por ter me dado à chance e todas as ferramentas que permitiram chegar hoje ao final desse ciclo de maneira satisfatória.

Que todos os nossos esforços estejam sempre focados no desafio à impossibilidade. Todas as grandes conquistas humanas vieram daquilo que parecia impossível (Charles Chaplin).

RESUMO

Este projeto tem por objetivo elaborar um Plano de Intervenção com vistas a cadastrar os pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS sob a responsabilidade da equipe de Saúde da Família (eSF) Bandeirantes, no município de Curvelo/Minas Gerais. Na eSF Bandeirantes, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica e considerando as estatísticas apontadas pela VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (BRASIL, 2010), existe uma subnotificação de doenças cardiovasculares na população, foco da pesquisa e estudo, bem como um déficit de conhecimento da equipe para acompanhamento de todos pacientes hipertensos. A partir dessa proposição, foi possível levantar o número de pessoas que estão sob a responsabilidade da eSF, sendo 4.020 pessoas assistidas e, destas, apenas 215 já foram diagnosticadas como hipertensas, num total de 573. Para compor esse estudo, foi realizada uma revisão da literatura sobre o assunto, fundamentando-o com a legislação vigente, pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores: Protocolos, Atenção Primária à Saúde, Hipertensão, Intervenção bem como informações sobre a população da cidade de Curvelo/MG obtidas na Prefeitura Municipal. Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) para elaboração do projeto de intervenção, em que se realiza a definição do problema, priorização, descrição do problema principal, explicação e seleção dos “nós críticos”, desenho das operações, com identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade e elaboração do plano operativo. Como principais resultados espera-se alcançar a melhoria no registro das informações e da busca ativa aos faltosos por meio da sensibilização dos profissionais da equipe que irão a campo para o aperfeiçoamento do processo de trabalho.

Palavras-chave: Protocolos. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Intervenção.

ABSTRACT

This project aims to develop an Intervention Plan with the aim of registering the patients with a diagnosis of Systemic Hypertension - SAH under the responsibility of the Family Health team (eSF) Bandeirantes, in the city of Curvelo/Minas Gerais. According to data from the Basic Care Information System and considering the statistics indicated by the VI Brazilian Hypertension Guideline (BRASIL, 2010), there is an underreporting of cardiovascular diseases in the population, a focus of research and study, and a lack of knowledge of the team to follow up all hypertensive patients. From this proposition, it was possible to raise the number of people who are under the responsibility of the eSF, with 4.020 people assisted and of these, only 215 were diagnosed as hypertensive, out of a total of 573. To compose this study, a review of the literature on the subject, based on current legislation, bibliographical research in the Virtual Health Library, with the descriptors: Protocols, Primary Health Care, Hypertension, Intervention as well as information about the population of Curvelo/MG obtained in the City Hall. Situational Strategic Planning (PES) was used to elaborate the intervention project, in which the problem definition, prioritization, description of the main problem, explanation and selection of the "critical nodes", design of operations, identification of critical resources, feasibility analysis and preparation of the operational plan. The main results are expected to improve the registration of information and the active search for defaulters by sensitizing the professionals of the team who will go to the field to improve the work process.

Keywords: Protocols. Primary Health Care. Hypertension. Intervention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APP	Agência de Políticas públicas
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CISMEV	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Rio das Velhas
COSECS	Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais
DCV	Doenças Cardiovasculares
DIC	Doença Isquêmica do Coração
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
eSB	Equipe de saúde bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
E-SUS	Sistemas de Informação em Saúde (SIS) do Ministério da Saúde.
FR	Fatores de risco
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PA	Pressão Arterial
PIHAS	Plano de Intervenção de HAS
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade da Federação

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família Bandeirantes, Unidade Básica de Saúde Bandeirantes, município de Curvelo, estado de Minas Gerais	21
Quadro 2 - Baixo cadastramento dos pacientes hipertensos da eSF Bandeirantes - Curvelo (MG).	31
Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico 1 “Capacitação da Equipe de Saúde da Família ESF Bandeirantes relacionado ao problema “Cadastramento dos pacientes hipertensos”- Curvelo (MG).	32
Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico 2 “Hábitos e estilo de vida inadequados da população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Bandeirantes” relacionado ao problema “Cadastramento dos pacientes hipertensos”- Curvelo (MG).	33
Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico 3 “ Atensão à saúde do hipertenso não adequada” relacionado ao problema “Cadastramento dos pacientes hipertensos” atendidos pela Equipe de Saúde da Família ESF Bandeirantes - Curvelo (MG).	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Aspectos gerais do município.....	12
1.2 Aspectos da comunidade	13
1.3 O sistema municipal de saúde.....	16
1.4 A Unidade Básica de Saúde da Família Bandeirantes - ESF.....	18
1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	19
1.6 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	20
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo geral	23
3.2 Objetivos específicos	23
4 METODOLOGIA.....	24
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	25
5.1 Estratégia de Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde	25
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	31
6.1 Descrição do Problema (terceiro passo)	31
6.2 Explicação do Problema (quarto passo).....	31
6.3 Seleção dos Nós Críticos (quinto passo).....	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS.....	37
ANEXO	40

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardíacas são causadoras de morbimortalidade em todas as partes do mundo, principalmente em países subdesenvolvidos. Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, 17,5 milhões de pessoas morrem de doenças cardiovasculares no mundo, o que representa 31% dos óbitos (OPAS BRASIL, 2018.)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada, ao mesmo tempo, uma doença e um fator de risco, representando um grande desafio para a saúde pública, pois as doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de morte no Brasil (FERREIRA, 2009 *apud* LAMBERT, 2015, p. 24).

1.1 Aspectos gerais do município

Segundo histórico disponibilizado pela Prefeitura Municipal (CURVELO, 2017), publicado na página do IBGE (2019), Curvelo é um município brasileiro do estado de Minas Gérias. Fundado em 30 de julho de 1875, sua população estimada em 2017 era de 79.401 habitantes. Está localizado na mesorregião central do Estado, na microrregião de Curvelo, com uma área de 3.306,1 km² e distante aproximadamente 170 km da capital mineira. É servido por importantes sistemas rodoviários, onde se destaca a rodovia BR-040 que faz a ligação entre Brasília, Belo Horizonte e Rio de Janeiro, a BR-135 (trajeto Rio/Bahia) e a BR-259 fazendo a ligação entre a BR 040 e a BR 101 no Espírito Santo (acesso a Diamantina, Datas, Serro).

Em Curvelo, a população é composta por 38.078 de mulheres e 36.141 de homens. O município de Curvelo ocupa o 14º lugar no ranking das 50 cidades pequenas brasileiras que apresentam melhor desenvolvimento (IBGE, 2010.)

Ainda de acordo com os dados históricos disponibilizados pela Prefeitura Municipal (CURVELO, 2017), consta que, no início do século XVIII, o “Caminho dos Currais” ligava Minas ao Norte, passando por Curvelo. O “Caminho dos Currais” possuía um ramal que ligava Curvelo a Paracatu. Esse ramal chegava ao distrito de Andrequicé (hoje este distrito pertence a Três Marias/MG) de onde se partia para cruzar o rio São Francisco na fazenda e porto do “Espírito Santo”. Esta passagem tornou-se a principal referência geográfica de identificação da região, pois era ali que diversos viajantes cruzavam o Rio São Francisco e alcançavam as minas do Paracatu, descobertas por volta de 1744, ou então embrenhar-se nos sertões goianos adentro.

Por volta de 1700, baianos e paulistas, dentre outros desbravadores – aqueles subindo ou descendo os rios São Francisco e Guaicuí em busca de ouro e pedras preciosas –, tinham

como pouso as margens do ribeirão Santo Antônio. Alguns decidiram ficar nestas paragens e, em torno de humilde capela, deram início ao núcleo populacional. (CURVELO, 2017)

Depois de existir como arraial e distrito, designado por outras denominações, Curvelo se desmembrou de Sabará e se tornou município autônomo, por um decreto da Regência, de 13 de outubro de 1831, tendo como sede a vila homônima. (CURVELO, 2017)

Em 30 de julho de 1832, foi instalada a Câmara de Vereadores. Em 7 de dezembro do mesmo ano, houve a ereção do pelourinho, símbolo da autonomia do poder, e, em 15 de novembro de 1875, a sede da comuna elevou-se à categoria de cidade. (CURVELO, 2017)

Destacou-se, durante longos anos, a cotonicultura, sendo considerada a "terra do ouro branco". Aliás, sua rica indústria receberia prêmio internacional na Itália, em Turim, no ano de 1911. Teve e ainda tem grande evidência em outros setores, como agropecuária, educação, comércio, serviços, cultura e saúde. (CURVELO, 2017)

É a cidade-mãe de muitos distritos hoje emancipados, tais como Morro da Garça, Inimutaba, Presidente Juscelino e Santana de Pirapama.

É também o berço de uma das mais elegantes facas brasileiras, denominada "Curvelana" e que teria surgido por volta de 1880-90. Seu nome tem origem em um dos seus primeiros moradores, o Padre Antônio Corvelo de Àvila. (CUTELARIA ARTESANAL, 2012)

A cidade comemora seu aniversário em 30 de julho.

1.2 Aspectos da comunidade

De acordo com dados coletados na Prefeitura Municipal de Curvelo (IBGE, 2010; ATLAS BRASIL, 2013), o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) - Curvelo é 0,713, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é a longevidade, com índice de 0,851, seguida de renda, com índice de 0,689, e de educação, com índice de 0,617.

Curvelo ocupa a 1514ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros, segundo o IDHM. Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul) e o menor é 0,418 (Melgaço). O IDHM passou de 0,608 em 2000 para 0,713 em 2010 - uma taxa de crescimento de 17,27%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 73,21% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi a Educação (com crescimento de 0,150), seguida por Longevidade e por Renda. (ATLAS BRASIL, 2013)

Entre 1991 e 2000, o IDHM passou de 0,460 em 1991 para 0,608 em 2000 - uma taxa de crescimento de 32,17%. O hiato de desenvolvimento humano foi reduzido em 72,59% entre 1991 e 2000. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,224), seguida por Longevidade e por Renda. Na Unidade Federativa (UF), por sua vez, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,358), seguida por Longevidade e por Renda. Em 2015, o salário médio mensal era de 1,9 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 22,7%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 176 de 853 e 131 de 853, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 2500 de 5570 e 1078 de 5570, respectivamente. (ATLAS BRASIL, 2013)

De 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,460, em 1991, para 0,713, em 2010, enquanto o IDHM da UF passou de 0,493 para 0,727. Isso implica em uma taxa de crescimento de 55,00% para o município e 47% para a UF; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 53,15% para o município e 53,85% para a UF (ATLAS BRASIL, 2013)

Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, o município tinha 34,1% da população nessas condições, o que o colocava na posição 573 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 3748 de 5570 dentre as cidades do Brasil. PIB per capita de R\$ 17.355,89 (ATLAS BRASIL, 2013)

O desenvolvimento populacional, entre 2000 e 2010, cresceu a uma taxa média anual de 0,93%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 87,46% para 90,79%. Em 2010 viviam, no município, 74.219 pessoas. (ATLAS BRASIL, 2013)

Entre 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 1,47%. Na UF, esta taxa foi de 1,43%, enquanto no Brasil foi de 1,63%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 80,85% para 87,46% (ATLAS BRASIL, 2013).

De acordo com o Atlas Brasil (2013), o turismo curvelano é composto por:

1 - Centro Cultural de Curvelo – Está instalado no prédio da antiga Estação Ferroviária, que foi reformada e recuperada para abrigar o museu, espaço multimeios, biblioteca e galerias de arte.

2 - Basílica de São Geraldo – é a única igreja no mundo exclusivamente dedicada ao Santo italiano. Há outra na Itália, mas que não é somente dedicada ao Taumaturgo. A Oitava de São Geraldo se realiza a partir da última semana de agosto, com encerramento na primeira

semana de setembro, com bênção papal e luminosa procissão. É quando a cidade recebe uma multidão de romeiros de todas as partes do país e até do exterior.

3 - Matriz de Santo Antônio – Benzida em 1877, tem como forte atração o Altar-Mor entalhado pelo mestre Chico Entalhador.

4 - Forró Benficiente – Promovido pela Prefeitura, com apoio de entidades e clubes de serviço, realiza-se na Praça Central do Brasil, sempre na primeira semana de julho (quinta, sexta, sábado e domingo). Durante os quatro dias de festa, são armadas barracas em praça pública com direito a grandes shows de artistas nacionais, danças e outras brincadeiras típicas. Todas as barracas oferecem pratos típicos com cardápios variados. O Forró de Curvelo é um evento de repercussão estadual e até nacional, envolvendo não só as cidades próximas, mas também trazendo turistas da capital, de cidades mais afastadas e de outros estados.

5 - Parque de Exposições Ernesto Salvo - É o local onde se realiza, anualmente, há mais de 60 anos, a tradicional Exposição Agropecuária e Industrial de Curvelo.

6 - Lapa do Mosquito - Uma das grutas exploradas pelo dinamarquês Peter Wilhelm Lund, aguarda mapeamento e adequação para visitação pública.

7 - Autódromo Internacional Circuito dos Cristais.

Além desses, há também a Praça Benedito Valadares; a Praça Tiradentes; a Praça Voluntários da Pátria (Praça da Basílica), a Praça Central do Brasil; a Feira do Bairro Bela Vista; o Estádio Salvo Filho; o Clube Recreativo Curvelano (Sede Campestre); e a Feira da Estação.

A religiosidade está presente na população curvelana e a grande maioria processa a fé Católica Apostólica Romana, seguida pela Evangélica e Espirita.

De acordo com IBGE (2010), atualizado em 2017, a Educação do município contava em 2015, com os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade obtendo nota média de 6 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4,5. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 449 de 853. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 460 de 853. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 98.6 em 2010. Isso posicionava o município na posição 188 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 1139 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

O município conta com 42 (quarenta e duas) escolas de ensino fundamental e 18 (dezoito) escolas de ensino médio, num total de aproximadamente 13.000 (treze mil) alunos.

A cidade de Curvelo apresenta 82.5% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 58.7% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 6.4% de domicílios

urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 177 de 853, 485 de 853 e 640 de 853, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 836 de 5570, 3752 de 5570 e 3229 de 5570, respectivamente (IBGE, 2010).

Para atender a população do município, estão presentes os Bancos do Brasil, Itaú, Bradesco, Mercantil, Santander e Caixa Econômica.

Conta ainda com a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, com várias agências espalhadas pela cidade para melhor atender a população.

A telefonia é ofertada por meio das operadoras Oi, Tim, Claro, Vivo, com acesso à internet por meio da Oi Velox e fibra óptica.

1.3 O sistema municipal de saúde

Curvelo possui dois hospitais. O Hospital Santo Antônio é uma entidade filantrópica, registrada no Conselho Nacional de Assistência Social e reconhecida como Utilidade Pública pelo Ministério da Justiça. Há mais de 150 anos presta atendimento médico/hospitalar, sendo mais de 70% destes atendimentos destinados aos pacientes do SUS – Sistema Único de Saúde, além dos atendimentos aos Convênios e Particulares. Além das unidades de internação, o Hospital conta também com setores de hemodiálise, hemodinâmica, radiologia (incluindo tomografia), ortopedia, cardiologia e laboratório próprio (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO, 2018).

O Hospital Imaculada Conceição foi criado em 20 de janeiro de 1920 para oferecer serviços de saúde com segurança, responsabilidade social e ética de forma sustentável pautados na humanização e na valorização da vida, atendendo a pacientes de Curvelo e de toda a região central do Estado de Minas Gerais. Conta com atendimento de Urgência/Emergência, Traumatologia, Assistência Materno-Infantil; Clínica Médica e Cirúrgica, Oncologia - Instituto do Câncer e Terapia Intensiva Adulto. Além de Tomografia, Ultrassonografia, Mamografia, Radiologia Digital, Endoscopia e Colonoscopia, Ressonância Magnética Nuclear e Laboratório de Análises Clínicas e Anatomia Patológica (HOSPITAL IMACULADA CONCEIÇÃO, 2019).

Curvelo conta com várias clínicas médicas para atendimento da sua população e daqueles que buscam atendimento médico especializado e odontológico, além de contar com inúmeras clínicas que realizam exames de imagem e laboratoriais.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Rio das Velhas – CISMEV atua na região e é uma entidade pública de direito público, na forma de associação pública, integra a administração indireta de todos entes consorciados e rege-se pelas normas da Constituição Federativa do Brasil, e especialmente pela Lei federal nº 11.107/2005, Decreto regulamentador nº 6.017/2007, Lei estadual nº 18.036/2009, pelo contrato de consórcio público, pelo estatuto e pelos demais dispositivos e princípios de direito público aplicáveis. Foi criado em 14/11/1995 na cidade de Corinto, onde permaneceu com sede administrativa até o ano de 2000. Em 2001, transferiu sua sede administrativa para a cidade de Curvelo, município polo da microrregião, onde centraliza hoje todo o seu atendimento. O Consórcio se tornou um instrumento valioso de cooperação entre os municípios que oferece várias especialidades médicas e exames complementares, com qualidade e racionalização de recursos. Conta com a parceria do Governo de Minas, Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais / Agência de Políticas Públicas -COSECS-MG/APP, Ministério da Saúde e SUS (CISMEV, s/data).

A atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) é fruto de uma ação conjunta entre os governos federal, estadual e municipal para integrar a operação da rede de saúde pública no Brasil. A proposta principal é oferecer atendimento especializado em postos de saúde instalados nos bairros, de modo a facilitar o acesso da população e descongestionar o fluxo de pacientes nos grandes hospitais.

Na UBS é possível marcar consultas para as áreas de Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia. Além disso, as unidades também estão preparadas para fornecer cuidados relacionados a Odontologia e Enfermagem.

Em paralelo à prevenção de doenças, uma Unidade Básica de Saúde atua em outras frentes primordiais para proteger a saúde dos cidadãos, como fornecer diagnóstico preciso e oferecer tratamento e reabilitação adequados aos pacientes.

O sistema municipal de saúde de Curvelo/MG conta com as Unidades Básicas de Saúde: São José da Lagoa e Angaretá; Bela Vista; Santa Filomena; Mato do Engenho; Esperança; Santa Cruz; Caic; Vila São José; Santa Rita; Bom Jesus; Ipiranga.

Conta, ainda, com os Postos de Saúde: Santa Rita do Cedro; São Geraldo Jatai; Estiva e Tomaz Gonzaga e com os Centros de Saúde: Dr. Rubens Lucena e Irma Martinha, além da Casa da Criança e a Estratégia Saúde da Família Bandeirante de Curvelo

A equipe que trabalha na Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem

e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-eSB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde (BRASIL, 2018)

1.4 A Unidade Básica de Saúde da Família Bandeirantes - ESF

A Unidade de Saúde da Família Bandeirantes funciona à Rua Itajaí, s/nº, no bairro Bandeirantes, estando aberta à comunidade das 7:00 às 11:00h e de 13:00 às 17:00h, com intervalo de duas horas para almoço da equipe.

A unidade é composta por uma recepção, sala de triagem, sala de curativos, sala de enfermagem, dois consultórios médicos, banheiro e cozinha, para atender uma comunidade de 4.020 (quatro mil e vinte) usuários. A estrutura física da unidade necessita de reforma urgente, uma vez que sua recepção é muito pequena.

Conforme dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2018), no mês de abril de 2018, a Estratégia Saúde da Família Bandeirantes tinha em sua área de abrangência 4.020 (quatro mil e vinte) pessoas assistidas e, de acordo com os dados estatísticos, tem em média 215 (duzentos e quinze) hipertensos cadastrados. Isso mostra que há muitos hipertensos ainda não cadastrados e muitos nem sequer diagnosticados.

Mesmo contando com poucos recursos a unidade possui um negatoscópio, aparelho para medir glicemia capilar; aparelhos para aferir pressão arterial, termômetro, cadeira de rodas, otoscópio, sonar, fita métrica para realizar aferição da altura uterina das gestantes, mesa ginecológica, nebulizador, espéculos, medicamentos básicos (às vezes faltam), materiais para pequenas cirurgia e curativos, foco de luz.

Em razão de furto, os computadores da unidade foram levados, fazendo com que os profissionais utilizem papel A4 para as anotações de cada paciente.

A equipe é composta por duas médicas, uma enfermeira licenciada, que é a responsável pela equipe, uma técnica em enfermagem, seis agentes comunitários de saúde que se revezam nas funções de recepção e serviços gerais, tendo em vista a ausência de servidores para as funções.

Enquanto os pacientes esperam para serem atendidos, a equipe ministra palestras diárias visando alcançar o grupo todo.

A rotina da equipe baseia-se no atendimento aos pacientes que chegam à Unidade de Saúde, oferecendo suporte, encaminhando aos consultórios, à enfermagem.

As agentes de saúde percorrem a comunidade, visitando as famílias, deixando panfletos de campanhas de saúde, verificando criadouros de mosquito transmissor da dengue, notificando, agendando consultas e outros serviços.

As médicas atendem aos pacientes que procuram a Unidade de Saúde com presteza e eficiência.

De acordo com a Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, a enfermagem possui atribuições específicas dentro da Equipe Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2006).

- Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada;
- Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as Disposições legais da profissão;
- Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF;
- Executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;
- No nível de sua competência, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- Realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio;
- Realizar as atividades corretamente às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 2001;
- Aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva;
- Organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc;
- Supervisionar e coordenar ações para capacitação dos Agentes Comunitário de Saúde e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

Enfim, a equipe, apesar de trabalhar com poucos recursos e poucos servidores, para uma comunidade tão grande, o faz com eficiência e carinho.

1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Os problemas de saúde mais preocupantes na comunidade pertencente à eSF Bandeirantes são Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Doenças sexualmente transmissíveis (DST), uso excessivo de drogas ilícitas e lícitas, obesidade, acidente vascular cerebral, violências e gravidez na adolescência.

O problema central dos pacientes é a alta prevalência de HAS, que tem como possíveis causas o estilo e hábitos de vida inadequados: hábitos alimentares prejudiciais, o sedentarismo, o consumo de álcool, tabagismo e drogas.

1.6 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família Bandeirantes, Unidade Básica de Saúde Bandeirantes, município de Curvelo, estado de Minas Gerais, 2018

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Hipertensão Arterial	Alta	30	Total	1º
Diabetes Mellitus	Alta	25	Parcial	2º
DST	Alta	20	Parcial	3º
Gravidez na adolescência	Média	20	Parcial	4º
Consumo de álcool e drogas	Média	20	Parcial	5º
Violências domésticas	Baixa	15	Fora	6º

Fonte: Unidade Básica de Saúde Bandeirantes, município de Curvelo/Minas Gerais

*Alta, média ou baixa

**Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde – (OPAS/OMS, 2017), as doenças cardiovasculares atingem um grupo que envolve o coração e os vasos sanguíneos: Doença coronariana – doença dos vasos sanguíneos que irrigam o músculo cardíaco; Doença cerebrovascular – doença dos vasos sanguíneos que irrigam o cérebro; Doença arterial periférica – doença dos vasos sanguíneos que irrigam os membros superiores e inferiores; Doença cardíaca reumática – danos no músculo do coração e válvulas cardíacas devido à febre reumática, causada por bactérias estreptocócicas; Cardiopatia congênita – malformações na estrutura do coração existentes desde o momento do nascimento; Trombose venosa profunda e embolia pulmonar – coágulos sanguíneos nas veias das pernas, que podem se desalojar e se mover para o coração e pulmões.

Franceschini, Reiner e Heiss. (2011) relatam que a patologia HAS constitui um fator de risco relacionado à alta morbidade e mortalidade por contribuir para o agravamento de outras Doenças Cardiovasculares (DCVs) e doenças renais.

Por sua vez, Simão *et al.* (2013) *apud* Neves, Neves e Oliveira (2016, p.225) relatam que “as DCVs atingem mais de 83,6 milhões de norte-americanos e, no Brasil, o Ministério da Saúde verificou a ocorrência de 326 mil casos de morte por essas doenças, o que corresponde a cerca de 1.000 mortes por dia em 2010”.

Na eSF Bandeirantes, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e considerando as estatísticas apontadas pela VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), existe uma subnotificação de Doenças Cardiovasculares na população, foco da pesquisa e estudo, bem como um déficit de conhecimento da equipe para acompanhamento de todos pacientes hipertensos.

O número de pacientes hipertensos estimado no âmbito da eSF Bandeirante do município de Curvelo está em torno de 580, sendo que 215 estão cadastrados e 360 não estão.

Nesse contexto, para se ter um controle é necessário que exista um cadastramento dos pacientes hipertensos para se conhecer melhor as pessoas que se encontram dentro desse quadro, planejar formas de intervenção, a fim de reduzir os índices de morbimortalidade dessas pessoas e capacitar os profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) com vistas a melhorar a qualidade do atendimento ao paciente.

Justifica-se para esse estudo, o planejamento de ações que busquem o controle de risco que se evidencia nessa população, procurar recursos que levem a um melhor controle pressórico

e de outros fatores de risco como o tabagismo e o diabetes, com vistas a reduzir os índices de morbimortalidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para cadastrar os pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS para diminuir/controlar a prevalência da doença, atendidos pela Equipe de Saúde da Família Bandeirantes, no município de Curvelo/ Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Oferecer capacitação aos profissionais de saúde lotados na eSF Bandeirantes para que possam prestar assistência de qualidade aos hipertensos;
- Promover a busca ativa de possíveis pacientes assintomáticos que não foram cadastrados na unidade de saúde;
- Disponibilizar exames laboratoriais para os novos pacientes com diagnóstico de HAS;
- Reconhecer outros fatores de risco cardiovascular nos pacientes recém-diagnosticados;
- Conhecer e compreender os biomarcadores utilizados para diagnosticar, estratificar e prognosticar doenças.

4 METODOLOGIA

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) para elaboração do projeto de intervenção, em que se realiza a definição do problema, priorização, descrição do problema principal, explicação e seleção dos “nós críticos”, desenho das operações, com identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade e elaboração do plano operativo. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Em reuniões com a equipe da eSF Bandeirantes, buscou-se a proposição de metas para atingir os objetivos e refletir sobre os resultados

Nessas reuniões, foi possível elaborar um Diagnóstico Situacional por Estimativa Rápida contendo os problemas vivenciados dentro da Unidade de Saúde e ainda caracterizar um problema prioritário que tem a assistência deficitária, com estratégias reduzidas e pouco qualificadas aos pacientes hipertensos, associada ao baixo cadastramento desses pacientes.

Foi realizada uma revisão da literatura sobre o assunto, fundamentando-o com a legislação vigente, com dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (E-SUS), bem como informações sobre a população da cidade de Curvelo/MG obtidas na Prefeitura Municipal.

Para melhor adequar o tema proposto, utilizou-se bases de dados disponibilizados na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Protocolos, Atenção Primária à Saúde, Hipertensão, Intervenção e, dessa forma, contextualizar o Projeto de Intervenção.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia de Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) veio para melhor adequar o

Programa de Saúde da Família (PSF) que se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente a pessoa doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção. (ROSA; LABATE, 2005, p.1028)

Para Araújo e Assunção (2004), como iniciativa do Ministério da Saúde, as Equipes de Saúde da Família foram ampliadas, com a incorporação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que, por residirem na sua área de atuação, conhecerem bem a comunidade, têm maior acesso aos domicílios e, portanto, tornam-se elos importantes no processo de trabalho de toda a equipe.

De acordo com a Portaria 648/2006, a ESF atua em sua área de abrangência com uma equipe multidisciplinar, responsável pela atenção integral e contínua a uma população adstrita de, no máximo, 4000 pessoas. (BRASIL, 2006)

A proposta da ESF prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a equipe de saúde, na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo trabalho e objetiva, assim, prestar, tanto na unidade quanto fora dela, assistência integral, resolutiva, contínua, com responsabilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adstrita; humanizar as práticas de saúde; intervir sobre os fatores de risco em que a população está exposta dentre outros (BRASIL, 1997).

A definição de Atenção Primária à Saúde (APS), formulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é:

A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de serviços de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde

o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978, p. 8).

Esta definição ressalta a importância da APS que, por sua vez, reforça os princípios da integralidade, da universalidade e da equidade do Sistema Único de Saúde.

Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000, p. 35) afirmam, em relação à Atenção Primária, que “muitas das situações cotidianas constituem casos instrumentalmente simples e que, por vezes, são patologicamente mais fáceis, mas que nem por isso deixam de envolver uma grande complexidade assistencial”.

A equipe multiprofissional de Saúde da Família deve ser composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011).

De acordo com Heimann *et al.* (2011, p.2878),

A integração da APS com os serviços dos demais níveis de complexidade é uma característica essencial da APS abrangente, concepção aqui adotada. Além de sua integração no sistema de saúde, a articulação intersetorial é outro aspecto crucial para alcançar uma APS resolutiva. Entende-se que a saúde é inseparável do desenvolvimento econômico-social, requerendo ação dirigida para os problemas da comunidade e articulação intersetorial para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.

Conforme o Ministério da Saúde, cabe aos profissionais da ESF a participação do processo de territorialização; identificação de situações de risco e vulnerabilidade bem como a realização de busca ativa e notificação de doenças de notificação compulsória. Cabe-lhes, também, cadastrar as pessoas e as famílias e garantir-lhes o diagnóstico de saúde de maneira interdisciplinar, realizar reuniões com vistas ao planejamento e avaliação das ações. A atenção ao usuário deve ser realizada tanto na unidade quanto no domicílio. (BRASIL, 2011),

São características do processo de trabalho da Equipe da ESF, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006, p. 18):

I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;

IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade (Incluindo a visita domiciliar);

V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

A ESF e a APS devem se constituir como a base para que o paciente possa buscar cuidados, identificando riscos, necessidades e demandas de saúde, possibilitando intervenções clínica e sanitária efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais.

5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial e sua medida “ é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial e a avaliação da eficácia do tratamento”. Ademais, a verificação da pressão deve ser feita em todas as consultas tanto por médicos de quaisquer especialidades quanto pelos demais profissionais da saúde, todos bem capacitados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. e32)

De acordo com Franceschini, Reiner e Heiss (2011), a manutenção da PA dentro de uma faixa de normalidade depende de variações no débito cardíaco e na resistência periférica, com inúmeras substâncias e sistemas fisiológicos interagindo de maneira complexa para garantir uma PA em níveis adequados nas mais diversas situações.

A fisiopatologia da HAS implica em entender os mecanismos de controle da PA, cuja regulação depende de ações integradas entre os sistemas cardiovascular, renal, neural e endócrino, e de fatores físicos como força contrátil do coração e elasticidade das grandes artérias torácicas (NEVES; NEVES; OLIVEIRA, 2016, p. 225)

Atualmente, a HAS é considerada um dos mais importantes fatores de risco para doença cardiovascular, por apresentar alta prevalência e por ter forte relação de risco com eventos

cardiovasculares fatais e não fatais, sendo essa relação contínua, positiva e independente de outros fatores.

Lessa (2001) revela em seus estudos que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares, sendo também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), além da doença renal crônica. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo.

Tendo em vista os fatores expostos, é necessário trabalhar com a conscientização da equipe acerca da importância da ação sistemática em saúde ao mesmo tempo em que é preciso sensibilizar a população sobre as consequências dessas doenças crônicas. Acredita-se que, com essa mudança de hábitos, seja possível minimizar os sinais de morbidade e/ou mortalidade da população acometida pela HAS e DM, sensibilizando as pessoas quanto aos cuidados mínimos necessários para se evitar esses agravos, em especial àquela parcela da população que possui algum risco de desenvolvimento ao longo do tempo.

A equipe de saúde da família tem a responsabilização acerca das atribuições e da aplicação do modelo de atenção sanitária e não meramente curativa e, por conseguinte, melhorar a qualidade de vida da população curvelana sob responsabilidade da eSF Bandeirantes.

5.2.1 Dados epidemiológicos, tratamento, ações educativas, protocolo do MS

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico – AVE e 47% por doença isquêmica do coração – DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 e 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (CESARINO *et al.*, 2008 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.1)

“Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres” (PEREIRA *et al.*, 2009 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos 15 anos com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%) – (PEREIRA *et al.*, 2009)

5.2.2 Conhecimento, tratamento e controle

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

O tratamento recomendado para HAS se terapêutica medicamentosa e não medicamentosa.

Quanto às medidas não-medicamentosas, elas dizem respeito às mudanças no estilo de vida que reduzem a PA bem como a mortalidade cardiovascular.

Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não-medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.3).

Em relação às medidas medicamentosas a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão recomenda que “Desde que exista indicação de tratamento com medicamentos, o paciente deverá ser orientado sobre a importância do uso contínuo, da eventual necessidade de ajuste de doses, da troca ou associação de medicamentos e ainda do eventual aparecimento de efeitos adversos” (MALACHIAS *et al.*, 2016, p. 35)

Um medicamento para ser indicado deverá, preferencialmente:

- Ter demonstrado a capacidade de reduzir a morbimortalidade CV;

- Ser eficaz por via oral;
- Ser bem tolerado;
- Poder ser usado no menor número de tomadas por dia;
- Ser iniciado com as menores doses efetivas;
- Poder ser usado em associação;
- Ser utilizado por um período mínimo de quatro semanas, antes de modificações, salvo em situações especiais;
- Ter controle de qualidade em sua produção (MALACHIAS *et al.*, 2016, p. 35)

5.2.3 Estratégias para implementação de medidas de prevenção

A implementação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde - SUS, enquanto o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões (BRASIL, 2006). A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde.

5.2.4 Protocolo do Ministério da Saúde

O Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde, proposto pelo Ministério da Saúde e seguido pelas secretarias estaduais e municipais de todo o território brasileiro, é composto por 50 itens e dividido em sete dimensões. Este protocolo permite um acompanhamento mais expressivo e sistemático do hipertenso e identifica condições individuais e sociais que contribuem para a manutenção de cifras pressóricas elevadas, constituindo-se em um guia para a condução da consulta, favorecendo o diálogo entre o profissional, o paciente e o registro efetivo da assistência. (ANEXO 1).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do Problema (terceiro passo)

A HAS tem se destacado como problema de saúde prioritário, devido ao crescente número de pessoas que convivem com esta doença e que não recebem a devida orientação para melhoria do cuidado, conhecendo muito pouco sobre suas consequências. Nesse contexto, o Quadro 2 traz a descrição do problema selecionado.

Quadro 2 - Baixo cadastramento dos pacientes hipertensos da eSF Bandeirantes - Curvelo (MG).

VARIÁVEL	QUANTIDADE
Estimativa de hipertensos	573
Hipertensos cadastrados	215
Estimativa de Hipertensos não cadastrados	358

Fonte: SIAB, abril (2018)

6.2 Explicação do Problema (quarto passo)

Para melhor adequação e melhoria do atendimento ao paciente hipertenso, se faz necessário que todos os usuários da área de abrangência da ESF Bandeirantes sejam cadastrados e acompanhados, com vistas a obter informações sobre as condições de saúde destas pessoas e identificar os hipertensos não cadastrados, para que se evitem mortes e complicações em razão da patologia.

6.3 Seleção dos Nós Críticos (quinto passo)

A seleção dos nós críticos passa pelo cadastramento de todos os pacientes que apresentam HAS, no âmbito da Unidade Básica de Saúde Bandeirantes, da cidade de Curvelo/MG, realizando vigilância quanto aos agravamentos daqueles que apresentam HAS, bem como buscando mecanismos de acolhimento e atendimento na Unidade Básica de Saúde Bandeirantes.

Foram identificados pela eSF os seguintes nós críticos: falta de capacitação da equipe, hábitos e estilos de vida inadequados (alimentação, sedentarismo, tabagismo), atenção à saúde do hipertenso não adequada.

6.4 Desenho das Operações (sexto passo)

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico 1 “Capacitação da Equipe de Saúde da Família ESF Bandeirantes relacionado ao problema “Cadastramento dos pacientes hipertensos”- Curvelo (MG), 2018

Nó crítico 1	Falta de capacitação da Equipe
Operação (operações)	Capacitar todos os profissionais de saúde sobre o que é e como abordar a HAS
Projeto	<i>Capacitar para melhor atender</i>
Resultados esperados	Profissionais da equipe conhecendo melhor a HAS, seus riscos e sabendo dialogar com os pacientes e orientá-los. Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos pacientes com HAS
Produtos esperados	Equipe melhor qualificada para lidar com os pacientes com HAS.
Recursos necessários	Estrutural: espaço para capacitação da equipe Cognitivo: Divulgação do tema para melhor adequação da participação de todos Financeiro: recurso para montar folheto explicativo para os profissionais da equipe Político: mobilização dos profissionais para participar do projeto
Recursos críticos	Estrutural: local adequado para a capacitação da equipe da ESF Financeiro; Disponibilidade para montar folhetos explicativos para a equipe Político: mobilização dos profissionais da equipe ESF
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde juntamente com a equipe de saúde da ESF Bandeirantes.
Ações estratégicas	Plano de intervenção sobre HAS para a ESF Bandeirantes.
Prazo	Seis meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico Enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das ações	- A intervenção ocorrerá por meio de busca ativa nas visitas domiciliares dos ACS, para abordar pacientes hipertensos, e preenchimento das fichas B com frequência conforme demanda/ vigilância dos indicadores do SIAB; - Consultas médicas, de enfermagem e odontológicas

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico 2 “Hábitos e estilo de vida inadequados da população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Bandeirantes” relacionado ao problema “Cadastramento dos pacientes hipertensos”- Curvelo (MG), 2018

Nó crítico 2	Hábitos e estilo de vida inadequados
Operação (operações)	Modificar os hábitos e estilos de vida inadequados Educar os pacientes hipertensos acerca da alimentação saudável, da necessidade de exercícios físicos.
Projeto	<i>Mais saúde</i>
Resultados esperados	Incrementar a atividade física dos pacientes, como programação de caminhadas regulares e orientadas; orientar a alimentação dos pacientes com HAS
Produtos esperados	Pacientes com HAS participando de caminhadas programadas e cientes dos malefícios quanto ao uso de tabaco e álcool, sedentarismo e má alimentação.
Recursos necessários	Estrutural: Espaço para caminhadas Cognitivo: organização de caminhadas, disponibilização de vídeos e áudios Financeiro: recursos para a utilização de equipamentos de vídeos e áudio visual Político: mobilização dos pacientes com HAS
Recursos críticos	Estrutural: local adequado para as caminhadas e para a mostra de vídeos e áudios Cognitivo: Elucidação sobre o tema para melhor participação Financeiro: Disponibilidade para elaborar folhetos explicativos para os pacientes Político: distribuição de folhetos educativos
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde juntamente com a equipe de saúde da ESF Bandeirantes.
Ações estratégicas	Plano de intervenção sobre HAS para a ESF Bandeirantes.
Prazo	Indeterminado
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico Enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das ações	- Monitorar a demanda de pacientes hipertensos nas caminhadas e nas audições - Realizar vigilância por meio dos indicadores do SIAB.

Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico 3 “ Atenção à saúde do hipertenso não adequada” relacionado ao problema “Cadastramento dos pacientes hipertensos” atendidos pela Equipe de Saúde da Família ESF Bandeirantes - Curvelo (MG), 2018

Nó crítico 3	Atenção à saúde do hipertenso não adequada
Operação (operações)	Capacitar a eSF sobre o cuidado ao paciente hipertenso Programar visitas domiciliares regulares aos pacientes hipertensos.
Projeto	<i>Pacientes hipertensos monitorados</i>
Resultados esperados	Busca ativa realizadas por meio de visitas domiciliares pelos ACS, para abordar pacientes hipertensos, e preenchimento das fichas B com frequência conforme demanda/ vigilância dos indicadores do SIAB;
Produtos esperados	Equipe capacitada Fichas B preenchidas regularmente Garantia de medicamentos e exames previstos no protocolo para os pacientes de risco
Recursos necessários	Cognitivo: Maior controle sobre os pacientes hipertensos Financeiro: disponibilidade de aumento do número de consultas e exames Político: adesão do gestor
Recursos críticos	Estrutural: encaminhamento de pacientes pelos Agentes de Saúde Cognitivo: visitar os pacientes e convidá-los a uma consulta na eSF Financeiro: Agentes de saúde em campo Político: adesão dos gestores
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde juntamente com a equipe de saúde da ESF Bandeirantes.
Ações estratégicas	Plano de intervenção sobre HAS para a ESF Bandeirantes.
Prazo	1 ano
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Equipe Multiprofissional de Saúde da ESF Bandeirantes
Processo de monitoramento e avaliação das ações	- Monitorar a demanda de pacientes hipertensos - Realizar vigilância por meio dos indicadores do SIAB.

Para melhorar o registro das informações por parte da equipe da Unidade de Saúde da Família de Bandeirantes em Curvelo/MG, o acompanhamento e avaliação do Plano de Intervenção de HAS - PIHAS serão verificados de acordo com os indicadores do SIAB.

O registro de acompanhamento será semanal e a avaliação do PIHAS será mensal durante o fechamento do SIAB, tendo por período de estudo seis meses a partir da implementação do PIHAS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante seis meses foi possível observar que a Estratégia de Saúde da Família - ESF Bandeirantes no município de Curvelo-MG necessitava de ajuda para conhecer toda a população acometida por Hipertensão Arterial Sistêmica em sua área de abrangência.

Nesse período, foi elaborado o Plano de Intervenção para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que convivem com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e para a ampliação da assistência e melhoria do acompanhamento dos hipertensos.

Como principais resultados, espera-se alcançar a melhoria no registro das informações e da busca ativa aos faltosos por meio da sensibilização e capacitação dos profissionais da equipe que irão a campo para o aperfeiçoamento do processo de trabalho, além, é claro, que os usuários sigam corretamente o tratamento proposto e tenham melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. R. N.; ASSUNCAO, R. S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 57, n. 1, p. 19-25, Feb. 2004.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Perfil**. Disponível em http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/curvelo_mg#vulnerabilidade. Acesso em 01/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 07 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **DOU**. Brasília, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1997.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CURVELO. Prefeitura Municipal de Curvelo (MG). **História**. 2017. Disponível em: <http://curvelo.mg.gov.br/site/curvelo-breve-historico/>. Acesso em: 2019.

CUTELARIA ARTESANAL. **Faca curvelana**. 2012 Disponível em: <http://www.cutelariaartesanal.com.br/forum/index.php?topic=12503.0>

FRANCESCHINI, N, REINER A. P., HEISS, G. Recent findings in the genetics of blood pressure and hypertension traits. **Am J Hypertens**. v. 24, n. 4, p. 392-400, 2011

HEIMANN, L. S. *et al.* Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2877-2887, June 2011

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA (SIAB) - DATASUS. Informações estatísticas. 2018. Disponível em siab.datasus.gov.br/

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 89, n. 3, p. 24 e 79, Sept. 2006

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.** Alma-Ata, 1978

ANEXO

ANEXO 1

PROTOCOLO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

I. INTRODUÇÃO

Este protocolo visa atualizar conhecimentos técnicos sobre HAS (de acordo com dados mais recentes da literatura), sugerir estratégias de conduta conforme recursos locais (com práticas economicamente sustentáveis para o SUS), e ampliar a capacidade da Atenção Básica para a Abordagem Integral. Este é o princípio que garante a abordagem do indivíduo como sujeito de um processo dinâmico, porém considerado como parte da comunidade e do ambiente onde vive formando um conjunto ao qual são direcionadas as ações de saúde. O modelo pautado na Integralidade do cuidado considera territorialidade, vínculo, continuidade da assistência, planejamento local e promoção da saúde como pressupostos para o trabalho em nível local.

II. EPIDEMIOLOGIA

A correlação positiva e direta entre PA aumentada e risco cardiovascular é contínua, independente, preditiva, consistente e etiológicamente significativa para indivíduos com ou sem doença arterial coronária e tem sido identificada em ambos os sexos, diferentes faixas etárias, etnias e nível socioeconômico e cultural.

Inquéritos populacionais bem conduzidos em algumas cidades brasileiras confirmam que a prevalência da HAS em nosso meio permanece em patamares preocupantes. Considerando os níveis de PA > 140/90 mmHg como indicadores de hipertensão, as taxas de prevalência na população brasileira urbana adulta têm variado entre 22,3% e 43,9%.

A prevalência da HAS aumentou, sobretudo entre mulheres, negros e idosos. Constatou-se que mais de 50% dos indivíduos entre 60 e 69 anos e aproximadamente três quartos da população acima de 70 anos são hipertensos.

III. DIAGNÓSTICO

De acordo com o Caderno 37 da Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2013) o diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três.

A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão.

Cabe salientar o cuidado de se fazer o diagnóstico correto da HAS, uma vez que se trata de uma condição crônica que acompanhará o indivíduo por toda a vida. Deve-se evitar verificar a PA em situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições.

IV. CLASSIFICAÇÃO

De acordo com os valores pressóricos obtidos no consultório, podemos classificar a pressão arterial em normotensão, PA limítrofe e hipertensão arterial sistêmica (Tabela 1). A HAS também pode ser diagnosticada por meio da MRPA ou da Mapa (Caderno 37, BRASIL, 2013)

As pessoas que apresentarem PA entre 130/85mmHg são consideradas normotensas e deverão realizar a aferição anualmente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Pessoas com PA entre 130/85 a 139/89mmHg deverão fazer avaliação para identificar a presença de outros fatores de risco (FR) para DCV. Na presença desses fatores, a pessoa deverá ser avaliada pela enfermeira, em consulta individual ou coletiva, com o objetivo de estratificar o risco cardiovascular. A PA deverá ser novamente verificada em mais duas ocasiões em um intervalo de 7 a 14 dias. Na ausência de outros FR para DCV, o indivíduo poderá ser agendado para atendimento com a enfermeira, em consulta coletiva, para mudança de estilo de vida (MEV), sendo que a PA deverá ser novamente verificada em um ano. (Caderno 37, BRASIL, 2013)

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limitrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010).

Nota: Quando as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Se a média das três medidas forem iguais ou maiores a 140/90mmHg, está confirmado o diagnóstico de HAS e a pessoa deverá ser agendada para consulta médica para iniciar o tratamento e o acompanhamento (Caderno 37, BRASIL, 2013).

V. INVESTIGAÇÃO CLÍNICO-LABORATORIAL E DECISÃO TERAPÊUTICA

A prevenção primária da HAS pode ser feita mediante controle de seus fatores de risco, como sobrecarga na ingestão de sal, excesso de adiposidade, especialmente na cintura abdominal, abuso de álcool, entre outros. Duas estratégias de prevenção são consideradas: a populacional e a dirigida a grupos de risco. A primeira defende a redução da exposição populacional a fatores de risco, principalmente ao consumo de sal.

Na consulta de enfermagem para a estratificação de risco cardiovascular recomenda-se a utilização do escore de Framingham. A estratificação tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. Essa estimativa se baseia na presença de múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, níveis de HDLc e LDLc. A partir da estratificação de risco, selecionam-se indivíduos com maior probabilidade de complicações, os quais se beneficiarão de intervenções mais intensas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O processo de estratificação possui três etapas. A primeira é a coleta de informações sobre fatores de risco prévios. O Quadro 2 aponta os fatores de risco baixo, intermediário e alto que influenciam na estratificação.

Quadro 2 – Achados do exame clínico e anamnese indicativos de risco para DCV.

Baixo risco/Intermediário	Alto risco
<ul style="list-style-type: none"> • Tabagismo • Hipertensão • Obesidade • Sedentarismo • Sexo masculino • História familiar de evento cardiovascular prematuro (homens <55 anos e mulheres <65 anos) • Idade >65 anos 	<ul style="list-style-type: none"> • Acidente vascular cerebral (AVC) prévio • Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio • Lesão periférica – Lesão de órgão-alvo (LOA) • Ataque isquêmico transitório (AIT) • Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE) • Nefropatia • Retinopatia • Aneurisma de aorta abdominal • Estenose de carótida sintomática • Diabetes mellitus

Fonte: (BRASIL, 2010).

Na segunda etapa, será avaliada a idade, exames de LDLc, HDLc, PA e tabagismo. Após avaliação da presença das variáveis mencionadas, inicia a terceira etapa, em que se estabelece uma pontuação e, a partir dela, obtém-se o risco percentual de evento cardiovascular em dez anos para homens e mulheres. (Caderno 37, BRASIL, 2013).

A avaliação laboratorial é realizada pelo atendimento inicial e acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS e requer um apoio diagnóstico mínimo. Sugere-se uma periodicidade anual destes exames, no entanto, o profissional deverá estar atento ao acompanhamento individual de cada paciente, considerando sempre o risco cardiovascular, as metas de cuidado e as complicações existentes.

Ao avaliar os exames de rotina, o profissional deve observar alguns aspectos:

- O eletrocardiograma é razoavelmente sensível para demonstrar repercussões miocárdicas da hipertensão, como sobrecarga de ventrículo esquerdo.

- A presença de proteinúria leve a moderada no sedimento urinário é, geralmente, secundária à repercussão de hipertensão sobre os rins. Proteinúria mais acentuada, leucocitúria e hematúria (excluídas outras causas), especialmente se acompanhadas dos cilindros correspondentes, indicam hipertensão grave ou hipertensão secundária à nefropatia.

- O potássio sérico anormalmente baixo sugere o uso prévio de diuréticos. Excluída essa causa, o paciente deve realizar, via encaminhamento, investigação de hiperaldosteronismo primário.

- A dosagem do colesterol e da glicemia visa detectar outros fatores que potencializam o risco cardiovascular da hipertensão.

A estratificação do risco cardiovascular pelo escore de Framingham, também pode ser realizada pelo médico da Atenção Básica e serve como uma ferramenta para definir os

parâmetros de cuidado e também os critérios relacionados à periodicidade de acompanhamento das pessoas com HAS pela equipe (Caderno 37, BRASIL, 2013).

VI. ACOMPANHAMENTO DO INDIVÍDUO HIPERTENSO

A consulta de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS pode ser realizada por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e possui seis etapas interrelacionadas entre si, objetivando a educação em Saúde para o autocuidado.

A Resolução do Cofen nº 358, de 15 de outubro de 2009 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009) define essas etapas como: histórico; exame físico; diagnóstico das necessidades de cuidado da pessoa, planejamento da assistência (incluindo a prescrição de cuidados e um plano terapêutico construído com a pessoa); implementação da assistência e avaliação do processo de cuidado (inclui a avaliação contínua e conjunta com a pessoa e com a família em relação aos resultados do tratamento e do desenvolvimento ao longo do processo de apoio ao autocuidado).

A consulta de enfermagem deve focar nos fatores de risco que influenciam o controle da hipertensão, ou seja, as mudanças no estilo de vida, o incentivo à atividade física, à redução do peso corporal quando acima do IMC recomendado e o abandono do tabagismo. Deve também estar voltada para as possibilidades de fazer a prevenção secundária, a manutenção de níveis pressóricos abaixo da meta e o controle de fatores de risco (Caderno 37, BRASIL, 2013)

A consulta de avaliação inicial de pessoas com diagnóstico de HAS deverá ser realizada pelo médico da UBS. O objetivo inclui identificar outros fatores de risco para DCV, avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo (LOA) e considerar a hipótese de hipertensão secundária ou outra situação clínica para encaminhamento à consulta em outro nível de atenção. O processo de educação em Saúde estabelecido entre o médico e a pessoa deve ser contínuo e iniciado nessa primeira consulta (Caderno 37, BRASIL, 2013).

Neste momento, é fundamental investigar a sua história, realizar o exame físico e solicitar exames laboratoriais, que contribuirão para o diagnóstico, a avaliação de risco para DCV e a decisão terapêutica.

VII. ALVO TERAPÊUTICO

O cuidado da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS) deve ser multiprofissional. O objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2010).

Um dos desafios para as equipes da Atenção Básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

VIII. TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida.

Entre as MEV está a redução no uso de bebidas alcoólicas. O álcool é fator de risco reconhecido para hipertensão arterial e pode dificultar o controle da doença instalada. A redução do consumo de álcool reduz discretamente a pressão arterial, promovendo redução de 3,3mmHg (IC95% 1: 2,5 – 4,1mmHg) em pressão sistólica e 2,0mmHg (IC95%: 1,5 – 2,6mmHg) em diastólica [GRADE B] (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011; MOREIRA et al, 1999).

Outro ponto a ser observado é o uso de anticoncepcionais hormonais orais. A substituição de anticoncepcionais hormonais orais por outros métodos contraceptivos promove a redução da pressão arterial em pacientes hipertensas [GRADE D] (LUBIANCA et al., 2005; ATTHOBARI et al., 2007).

Embora fumar seja um fator de risco para o desenvolvimento de DCV, o papel do tabagismo como fator de risco para HAS não está, ainda, bem definido (GUPTA; SINGH; GUPTA, 2004). Estudo realizado na Índia mostrou uma relação significativa do tabagismo com a prevalência da HAS (GUPTA; GUPTA, 1999). Fumar um cigarro eleva momentaneamente a pressão arterial, podendo, o seu efeito se manter por até duas horas (GUPTA; SINGH; GUPTA, 2004). Estudos estimam um aumento de até 20mmHg na pressão sistólica após o primeiro cigarro do dia. Além disso, o cigarro aumenta a resistência às drogas anti-hipertensivas, fazendo com que elas funcionem menos que o esperado (FERREIRA et al, 2009; CHOBANIAN et al., 2003).

A adoção de hábitos saudáveis, como alimentação, diminuição do consumo de álcool, prática de atividade física, controle do peso e abandono do tabagismo serão abordados no Cadernos de Atenção Básica, nº 35 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica, desta Coleção.

Quadro 3 – Classificação dos graus de recomendação da Oxford Centre for Evidence Based Medicine e tipos de estudo que levam em consideração.

Grau de Recomendação	Nível de Evidência	Exemplos de Tipos de Estudo
A	Estudos consistentes de nível 1	Ensaio clínico randomizado e revisão de ensaios clínicos randomizados consistentes.
B	Estudos consistentes de nível 2 ou 3 ou extrapolação de estudos de nível 1	Estudos de coorte, caso-controle e ecológicos e revisão sistemática de estudos de coorte ou caso-controle consistentes ou ensaios clínicos randomizados de menor qualidade.
C	Estudos de nível 4 ou extrapolação de estudos de nível 2 ou 3	Séries de casos, estudos de coorte e caso-controle de baixa qualidade.
D	Estudos de nível 5 ou estudos inconsistentes ou inconclusivos de qualquer nível	Opinião de especialistas desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais).

Fonte: CENTRE FOR EVIDENCE – BASED MEDICINE, 2009.

IX. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A decisão de quando iniciar medicação anti-hipertensiva deve ser considerada avaliando a preferência da pessoa, o seu grau de motivação para mudança de estilo de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular.

Pessoas com alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos no estágio 2 (PA \geq 160/100mmHg) beneficiam-se de tratamento medicamentoso desde o diagnóstico para atingir a meta pressórica, além da mudança de estilo de vida (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2008).

Pessoas que não se enquadram nos critérios acima e que decidem, em conjunto com o médico, não iniciar medicação neste momento, podem adotar hábitos saudáveis para atingir a meta por um período de três a seis meses. Durante esse intervalo de tempo devem ter a pressão arterial avaliada pela equipe, pelo menos, mensalmente. Quando a pessoa não consegue atingir a meta pressórica pactuada ou não se mostra motivada no processo de mudança de hábitos, o uso de anti-hipertensivos deve ser oferecido, de acordo com o método clínico centrado na pessoa.

O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão

em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos (BRASIL, 2010).

X. SITUAÇÕES ESPECIAIS

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem maior incidência com o avançar da idade, chegando a acometer mais da metade da população geriátrica (60 anos ou mais). Os afrodescendentes apresentam maior prevalência e gravidade da hipertensão relacionadas a fatores étnicos e/ou socioeconômicos. Os miscigenados, predominantes em nosso país, podem diferir dos afrodescendentes quanto às características de hipertensão.

A hipertensão sistólica é muito comum em idosos. O objetivo é a redução gradual da PA para valores abaixo de 140/90mmHg. Na presença de valores muito elevados de PA sistólica podem ser mantidos inicialmente níveis de até 160mmHg. Não está bem estabelecido o nível mínimo tolerado da PA diastólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011).

Considera-se hipertensão na gravidez quando o nível da pressão arterial for maior ou igual a 140/90 mmHg, sendo a pressão diastólica identificada na fase V de Korothoff. A hipertensão arterial na gravidez é uma entidade clínica frequente, que se associa a uma alta morbidade e mortalidade do binômio materno-fetal. (Caderno 37, 2013).

Existem evidências recentes de que na última década houve um aumento da prevalência da pré-eclâmpsia em aproximadamente 40%, provavelmente pelo aumento da prevalência da hipertensão arterial crônica e da gestação em idades mais avançadas, condições essas que criam um cenário que predispõe a pré-eclâmpsia.

A medida da PA em crianças é recomendada em toda avaliação clínica após os 3 anos de idade, pelo menos anualmente, como parte do seu atendimento pediátrico primário, devendo respeitar as padronizações estabelecidas para os adultos [Grau de Recomendação D] (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). A prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes pode variar de 2% a 13%, sendo obrigatória a medida anual da pressão arterial a partir de três anos de idade em consultório e em ambiente escolar.

Quando o paciente for mais jovem e com valores altos de pressão arterial, há possibilidade de hipertensão secundária, com maior prevalência das causas renais. Neste caso é frequente o uso de anti-hipertensivo.

