

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

JOÃO MARCO BRAGA TEIXEIRA

**CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA RECREIO VALE DO SOL DO MUNICÍPIO DE ALFENAS -
MINAS GERAIS**

CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS
2013

JOÃO MARCO BRAGA TEIXEIRA

**CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA RECREIO VALE DO SOL DO MUNICÍPIO DE ALFENAS-
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

**CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS
2013**

JOÃO MARCO BRAGA TEIXEIRA

**CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA RECREIO VALE DO SOL DO MUNICÍPIO DE ALFENAS-
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo – orientadora

Prof. Edison José Correa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 20 de janeiro de 2014

DEDICATÓRIA

Ao encerrar o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, divido a minha vitória com pessoas que muito colaboraram para que ela se concretizasse.

Esta é a vitória de meus pais, professores, colegas, amigos, pessoas que fazem parte do meu dia a dia e tantas outras!

A todos vocês, próximos ou anônimos, que de uma forma ou de outra estiveram comigo, dedico, carinhosamente, tudo o que conquistei!

AGRADECIMENTOS

Ao terminar mais uma etapa de aperfeiçoamento profissional, no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, tenho muito a agradecer.

Primeiramente, a Deus, por permitir a minha caminhada até aqui e por todas as dádivas que me foram concedidas, pelo dom da vida, pela força e iluminação para prosseguir em meu caminho e missão.

Pela oportunidade de caminhar pelas infinitas estradas do saber e crescer profissionalmente.

Pelos momentos de convivência com professores e colegas que tanto contribuíram para o meu crescimento pessoal.

Pelas pessoas com quem cruzei durante o curso e que trouxeram novas e valiosas experiências de vida.

Pela contínua ajuda, apoio e confiança que meus pais depositam em mim.

O homem com um novo conhecimento é
um homem transformado

Álvaro Vieira Pinto

LISTA DE SIGLAS

ACC	Antagonista dos Canais de Cálcio
AP	Ações Programáticas
APAC	Associação de Proteção e Assistência aos Condenados
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BB	Betabloqueadores
BRA	Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina
CCA	Condições Clínicas Associadas
CEMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DCC	Doença Cardiovascular Clínica
DCV	Doença Cardiovascular
DIC	Doença Isquêmica do Coração
ESF	Estratégia Saúde da Família
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IECA	Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOA	Lesão em Órgão-Alvo
MEV	Modificações do Estilo de Vida
MS	Ministério da Saúde
PA	Pressão Arterial
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SRAA	Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona
SSC	Serviço de Saúde Comunitária
UBS	Unidade Básica de Saúde
US	Unidade de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Classificação da Pressão Arterial (mmHg).....	13
Tabela 2- Estratificação do Risco e Quantificação do Prognóstico	18
Tabela 3 - Tratamento de Pacientes Hipertensos	22
Tabela 4 - Características dos Principais Anti-Hipertensivos	24
Tabela 5 - Problemas de saúde da comunidade da população coberta pelo PSF	27
Tabela 6 – Total de óbitos durante o ano de 2011 da população coberta pelo PSF.	27
Tabela 7- Tratamento incorreto da hipertensão arterial	28
Tabela 8 - Plano operativo para o problema da HAS encontros para discutir o significado, importância e metodologia de desenvolvimento de Grupos Operativos.	34
Tabela 9 - Implantação um grupo formado por usuários hipertensos dentro da abordagem do Grupo Operativo	35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 JUSTIFICATIVA	4
3 OBJETIVOS	6
3.1 Geral	6
3.2 Específico	6
4 METODOLOGIA	7
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	8
5.1 Hipertensão Arterial.....	8
5.2 Hipertensão arterial no Brasil e no mundo	9
5.3 Atenção Primária em Saúde: protocolo para a hipertensão arterial sistêmica ..	13
5.3.1 Diagnóstico.....	14
5.3.2 Exames Laboratoriais.....	16
5.3.3 Estratificação do Risco	16
5.3.3.1 Fatores de Risco Maiores.....	17
5.3.3.2 Lesão de Órgãos Alvo - Doença Cardiovascular Clínica.....	17
5.3.4 Tratamento	18
5.3.4.1 Medidas Não-Farmacológicas.....	20
5.3.4.2 Tratamento Farmacológico.....	21
5.3.5 Características dos Principais Anti-Hipertensivos	23
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Definição do Problema	27
6.2 Priorização de Problemas	28
6.3 Descrição do Problema Selecionado	28
6.4 Explicação do Problema.....	30
6.5 Seleção dos “nós críticos”	30
6.5.1 Objetivos Gerais.....	31
6.6 Plano de Intervenção	32

6.6.1 Pessoas responsáveis pelas ações	32
6.6.2 Estratégias a serem utilizadas nas ações	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS.....	38

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle, não só no Brasil como, também em outros países. Segundo a Organização Mundial de Saúde, um em cada cinco brasileiros é portador deste distúrbio. Sabe-se que a doença é mais comum em pessoas com idade superior a 50 anos, mas dados comprovam que não existe idade para seu início, porém alguns fatores podem favorecer a incidência da doença. Este estudo traz como foco principal a adesão do indivíduo portador de hipertensão arterial ao tratamento e seu acompanhamento em uma Unidade do Programa de Saúde da Família do município de Alfenas – MG, PSF – Recreio Vale do Sol. O objetivo deste estudo foi elaborar uma proposta de intervenção com a finalidade de melhorar a adesão do hipertenso ao tratamento medicamentoso. Trata-se de uma revisão bibliográfica onde foram pesquisadas as produções científicas inerentes ao tema Hipertensão, Cardiopatias, Protocolos, Programa Saúde da família de publicações oficiais. Foram levantados dados do Programa de Sistema de Informação de Atenção Básica de pacientes hipertensos cadastrados. Acreditando no potencial da Estratégia de Saúde da Família foi apresentada uma proposta para implantação do projeto de intervenção para melhoria à atenção à hipertensão arterial, com a finalidade de melhorar a adesão do hipertenso ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso pelas equipes de Saúde da Família do PSF Recreio Vale do Sol do município do Alfenas-MG.

Palavras-chave: Hipertensão. Adesão ao tratamento. Saúde da Família.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension has a high prevalence and low control rates, not only in Brazil but also in other countries. According to the World Health Organization, one in five Brazilian carries this disorder. It is known that the disease is more common in people older than 50 years old, but data show that there is no age to the beginning, and some factors can modified the incidence of this disease. The main focus of this study is the patient`s adhesion to the correct treatment and his accompaniment in a unity of Alfenas`s program family health – Recreio Vale do Sol. This study`s goal was developing a proposed intervention in order to improve adherence to drug treatment of hypertension. This is a literature review which was investigated the inherent theme Hypertension, Cardiac, Protocols, Family Health Program official publications scientific productions. Programme Data Information System Primary Care registered hypertensive patients were surveyed. Believing in the potential of the Family Health Strategy a proposal for implementation of the intervention project to improve the emphasis on hypertension was presented, in order to improve adherence to drug treatment of hypertensive and non-drug teams of the Family Health PSF Recreio Vale do Sol of the city of Alfenas-MG.

Keywords: Hypertension. Adherence. The Family Health

1 INTRODUÇÃO

As primeiras indicações da ocupação da região de Alfenas remontam ao início do Século XIX (Ayer, 1991). Com o passar dos anos o município sofre uma série de desmembramentos em função dos processos de emancipação de vários de seus distritos. A Lei Provincial nº. 1090 de 07/10/1860 eleva-a a condição de vila – Vila Formosa de Alfenas. Nove anos mais tarde, a Vila foi elevada à condição de cidade e em 1871, passou a denominar-se simplesmente Alfenas (MINAS GERAIS, 1994).

O Município de Alfenas situa-se no sul do Estado de Minas Gerais pertencendo, segundo classificação do IBGE (1958), a mesorregião do Sudoeste Mineiro e microrregião de Furnas. Está a uma altitude de 840 metros e localizado em relação a capital do estado e outros pontos geográficos interessantes a 342 km de Belo Horizonte, 320 km de São Paulo, 490 km do Rio de Janeiro e 910 km da capital Brasília. A sua população segundo os dados do IBGE (BRASIL, 2010) é de 75.213 habitantes.

Atualmente o Município de Alfenas está buscando reorganizar a sua rede de atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional e com o intuito de aproximar a saúde da família Alfense aos serviços de saúde, melhorando a qualidade de vida da população. O município considera importante qualificar a atenção básica por ser esta o ponto ordenador da rede de atenção à saúde.

O município implantou o Programa de Saúde da Família (PSF) para ofertar atividades voltadas para promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, cobrindo 39.074 habitantes, totalizando 52% da população (BANDEIRA, 2009).

Sabe-se que o PSF objetiva implantar estratégias para melhorar as condições de saúde da população mediante a construção de um modelo de assistência baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como foco as famílias que residem em territórios sanitários (SALES; PAGANI, 2004).

O Município iniciou em 2002 a implantação das equipes de saúde da família já com oito equipes, a saber: Boa Esperança, Aparecida II Caensa, Santos Reis, Itaparica, Jardim São Carlos, Jardim Primavera, Santa Clara/Pinheirinho e Recreio Vale do Sol dando assistência nas periferias em cerca de 30% da cobertura populacional do Município, Em 2004, em parceria com a Unifenas, implantou o PSF Unisaúde. Com o sucesso do modelo assistencial centrado no usuário, em 2006 foram implantadas mais duas equipes na Vila Betânia e no Barranco Alto, esta situada na Zona Rural. O município priorizou a ampliação das equipes e em 2008 implanta o PSF Jardim Nova América e está no planejamento municipal inaugurar mais uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no bairro Vila Formosa cuja construção física da unidade já está terminada (SECRETARIA MUNICIPAL DE ALFENAS, 2013).

É na UBS Recreio Vale do Sol que estou atuando como médico do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). A Estratégia Saúde da Família (ESF) do Recreio Vale do Sol abrange os bairros Recreio Vale do Sol, Jardim Alvorada, Jardim Boa Esperança e Jardim São Paulo dando cobertura a 1.107 famílias tendo aproximadamente 4088 pessoas. Na área de abrangência da UBS conta-se com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Associação de Proteção e Assistência aos Condenados (APAC), Centro Municipal de Educação Infantil (CEMEI), há também vários pontos comerciais como supermercados, padarias, fábricas e oficinas mecânicas.

Assim, desde implantação do PFS Recreio Vale do Sol em 2002, de acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) observou-se que o índice de pessoas com hipertensão arterial vem aumentando gradualmente nesta população assistida.

Quando realizei a disciplina planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e fiz o diagnóstico situacional da população residente na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Recreio Vale do Sol muitos problemas foram identificados, mas ao priorizá-los o problema hipertensão arterial foi aquele que mais se destacou, reafirmando os dados existentes no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município.

Os problemas identificados também serão objetos de intervenção pela equipe de saúde, mas neste momento, priorizou-se elaborar uma proposta de intervenção para reorganizar o atendimento dos portadores de hipertensão arterial, dada a relevância social que esta doença atingiu, demonstrado pelas altas taxas de morbimortalidade que acarreta e, por consequência grandes gastos para o sistema de saúde com tratamentos e internações.

Desta forma será realizado um estudo sobre as questões que envolvem a problemática da hipertensão arterial no intuito de melhor compreendê-la. Inicialmente será abordada a hipertensão arterial como um problema de saúde pública, seus conceitos e classificações mais relevantes, além, das principais estratégias para controlá-la.

2 JUSTIFICATIVA

Como um grave problema de saúde pública da atualidade, a hipertensão arterial acarreta mortes precoces e atinge 15% da população adulta mundial. Quando não corretamente tratada leva a complicações letais. No Brasil, o incremento de sua participação no perfil de morbimortalidade da população ocorreu em meio a transformações políticas, econômicas e sociais. A partir da segunda metade do século XX, com a intensificação dos processos de industrialização e urbanização, essas transformações geraram complexos processos de transição epidemiológica, demográfica e nutricional que vêm ocorrendo simultaneamente num contexto marcado pela iniquidade social (AYER, 1991).

Na área de abrangência do PSF Recreio Vale do sol, atualmente, 1.107 famílias divididas em sete microáreas. Entre os problemas priorizados pela equipe durante a realização do estudo da área de abrangência, feito na ocasião da disciplina de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, se encontra a Hipertensão Arterial Sistêmica, destacando-se por ser a primeira morbidade em número de casos, registrados no SIAB e HIPERDIA, somando um total de 417 portadores até 30 de novembro de 2012.

Assim, considerando a importância da hipertensão arterial na morbimortalidade da população acima dos 20 anos, com impacto negativo na qualidade e expectativa de vida e o elevado número de complicações cardiovasculares acarretados pelo tratamento inadequado dessa doença, e a existência de um número expressivo de portadores de hipertensão arterial na população coberta pela Equipe de Saúde da Família do bairro Recreio Vale do Sol do município de Alfenas, este estudo se justifica pela necessidade de avaliar a implantação de diretrizes para o acompanhamento dos portadores de HAS pelas equipes de Saúde da Família. A carência de estudos que avaliem a implantação da atenção ao hipertenso na atenção básica e a possibilidade de contribuir na reorganização da atenção ao hipertenso neste nível do sistema de saúde com medidas de prevenção e controle efetivo da hipertensão arterial será o objeto deste estudo.

Assim, como profissional inserido na ESF pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) do PSF Recreio Vale do Sol, visando à importância da avaliação para melhoria na organização das práticas assistenciais e no planejamento de ações futuras, observou-se durante os atendimentos médicos uma dificuldade da população em seguir as condutas terapêuticas prescritas, muitas vezes por falta de conhecimento da população ou por desconhecimento da gravidade da doença quando não tratada adequadamente.

Por tanto, identifica-se a necessidade da incorporação na vida dos hipertensos da sua responsabilização pelo cumprimento do tratamento prescrito visando principalmente reduzir as complicações oriundas da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Ressalta-se também a necessidade dos hipertensos se conscientizarem da gravidade da doença quando o tratamento não é seguido corretamente. A equipe de saúde da família precisa trabalhar com os hipertensos a importância da mudança de alguns hábitos de vida, incorporação de exercícios físicos no cotidiano e ainda a adequação da alimentação.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar uma proposta de intervenção com a finalidade de melhorar a adesão do hipertenso ao tratamento medicamentoso.

3.2 Específico

Identificar as principais dificuldades na implantação do projeto de intervenção e da atenção à hipertensão arterial pela equipe de Saúde da Família do PSF Recreio Vale do Sol do município do Alfenas-MG.

4 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica para levantar as publicações já existentes sobre os motivos da baixa adesão ao tratamento da hipertensão.

A pesquisa bibliográfica foi feita na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e em documentos publicados pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde.

Não foi definido o período da busca, mas nos ativemos às publicações mais recentes.

A pesquisa nos bancos de dados ocorreu Por meio dos seguintes descritores:

Hipertensão;

Cardiopatias;

Protocolos;

Programa Saúde da família.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) e Martinez; Latorre (2009) a hipertensão arterial (HA) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Estudos realizados por Santos *et. al.* (2009), concluíram que a HA mais comumente conhecida como pressão alta (PA), é uma das doenças mais frequentes em todo o planeta. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um em cada cinco brasileiros é portador deste distúrbio. Sabe-se que a doença é mais comum em pessoas com idade superior a 50 anos, mas dados comprovam que não existe idade para seu início, uma vez que, o estilo de vida e o estresse interferem na incidência da doença. Na maioria dos casos a doença aparece de forma gradativa e silenciosamente, ou seja, não se é observado qualquer sintoma pela pessoa.

A HAS é definida quando a pressão arterial sistólica está maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica está maior ou igual a 90 mmHg, em pessoas que não estão sob o uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2010).

De acordo com Ministério da Saúde a HA contribui para o aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares. A predominância da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis é, atualmente, uma tendência mundial. Dentre essas doenças, a hipertensão arterial é responsável pela primeira causa de mortalidade (doenças cardiovasculares), pelo maior número de hospitalizações no país, e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise (BRASIL, 2011).

Pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde em 2008, mostraram que a quantidade de brasileiros hipertensos era de 21,5% e, já em 2009, esse índice passou a 24,4%. Já referente à faixa etária, a população até os 34 anos, somava

14%. A proporção aumentou 20,9% entre as pessoas de 35 anos e 44 anos, e 34,5% entre as de 45 anos e de 54 anos. A partir dos 55 anos até 64 anos, esse índice chega a 50,4%. O acréscimo da doença, de acordo com a idade, é resultado de padrões alimentares e de atividade física ao longo da vida, além de fatores genéticos, de estresse e de outros determinantes (BRASIL, 2010).

Devido a sua elevada prevalência na população brasileira, constitui um problema de saúde pública de grande relevância, pois reduz a expectativa de vida e conduz a diversas complicações cardíacas e renais, além de gerar elevado custo econômico e social. A prevalência da hipertensão no Brasil, pesquisada em algumas cidades do país, varia de 22,3% a 44,0% e aumenta com a idade. A hipertensão é mais prevalente em mulheres afrodescendentes do que em mulheres brancas (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

5.2 Hipertensão arterial no Brasil e no mundo

Relatos de Costa (2009) mostraram que a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado 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 2006, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, ou seja, 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. No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2010), no Brasil, 35% da população acima de 40 anos são hipertensos. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças

representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo.

Conforme a vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL, 2011) as estatísticas não mudam, a prevalência média de HA na população adulta (acima de 18 anos), é de 23,3%, sendo ligeiramente maior em mulheres (25,5%) do que em homens (20,7%). Em ambos os sexos, os indivíduos com até oito anos de escolaridade são os que mais referem o diagnóstico médico de HA e o diagnóstico se torna mais comum com o avançar da idade, alcançando 50% dos indivíduos na faixa etária de 55 anos ou mais de idade.

Pesquisas realizadas por Soares; Ferreira; Bianchini (2011) mostraram que em Porto Alegre, 26% da população adulta é portadora de HA e os estudos de demanda ambulatorial realizados no Serviço de Saúde Comunitária (SSC) apontaram que a HA foi um dos problemas de saúde mais frequente na Unidade de Saúde.

Segundo dados do VIGITEL (2010), a frequência de adultos que referiram diagnóstico de HA em Porto Alegre foi de 25,5%, sendo que a variação verificada no país foi entre 13,8% em Palmas e 29,2% no Rio de Janeiro. Ressalta que entre as mulheres as maiores frequências foram observadas no Rio de Janeiro (33,9%) e em Porto Alegre (29,5%).

A prevalência deste problema de saúde, na Europa é semelhante à brasileira. Na Alemanha atinge 55% da população adulta, sendo o país com maior prevalência no continente europeu, seguido da Espanha com 40% e em terceiro lugar está Itália com 38% da população maior de 18 anos. Na Alemanha, 39% dos usuários da rede da Atenção Primária eram portadores de HAS, e 18,5 % deles estavam com a PA controlada. A média europeia de controle de HAS em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) é de 8% e, nos EUA, tem se mantido em torno de 18%, enquanto que na América Latina e África há uma variação de 1 a 15% de controle deste problema (SOARES; FERREIRA; BIANCHINI, 2011).

No Canadá, em 1992, a prevalência da HAS era de 17%, sendo que 68% não fazia tratamento para este problema, e 16% tinha a pressão arterial controlada, estes dados sofreram uma mudança radical nos últimos 15 anos, após ter sido realizado na província de Ontário e publicado em maio de 2008, um estudo de prevalência e

manejo dos hipertensos, que descreveu uma prevalência de 22% da população geral com HAS, e 52% acima de 60 anos. Relatou também que 87% dos hipertensos foram diagnosticados, constituindo-se no local com melhor indicador mundial neste quesito. Os dados sobre a qualidade do acompanhamento surpreendem já que 82% dos pacientes fazem tratamento e 66% tem a HAS controlada (SOARES; FERREIRA; BIANCHINI, 2011).

Ainda de acordo com Soares; Ferreira; Bianchini (2011), estes dados representam o topo mundial na qualidade do acompanhamento dos usuários hipertensos, já que esta importante melhora no diagnóstico e tratamento das pessoas com hipertensão é atribuída à implementação de um sistema de saúde baseado na APS e ao “*The Canadian Hypertension Education Program*”, que é um programa de educação permanente dirigido aos profissionais da APS.

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 de 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 (NOBRE *et al.*, 2010).

Assim, o Ministério da Saúde no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, pois são de fundamental importância, ou seja, uma alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e controle do peso, a prática regular de atividade física, o abandono ao tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais, os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (BRASIL, 2010).

De acordo com Cavalcante (2010) as diretrizes clínicas recomendam que no diagnóstico da HAS seja incluído o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, lesões nos órgãos-alvo e comorbidades associadas, além da avaliação dos níveis tensionais. Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevada em uma aferição, é recomendado repetir a aferição de PA em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer que seja conhecida a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais. A aferição repetida da pressão arterial em dias diversos na Unidade de Saúde (US) é requerida para chegar à pressão usual e reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial pela simples presença do profissional de saúde no momento da medida da PA.

Nesse contexto, Jardim *et al.*, (2010), em pesquisas realizadas, entenderam que, um dos problemas de saúde mais comum que apresenta-se nos serviços de APS e que as equipes de saúde enfrentam é a HAS e que existem dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, tratamento e controle dos níveis pressóricos dos usuários. Estes estudos apontaram que em países com redes estruturadas de APS, 90% da população adulta consulta, pelo menos uma vez ao ano,, com seu médico de família, mas apesar desse controle, ainda existem dificuldades no diagnóstico, evidenciando não ser um problema de acesso aos serviços de saúde, mas soma-se a isto as dificuldades de seguimento ao tratamento.

Diante das dificuldades no diagnóstico, controle e seguimento da HAS, Scherr; Ribeiro (2009) colocam as seguintes questões, que devem ser refletidas dada a importância do seguimento do tratamento ao hipertenso no nível da atenção básica: o que acontece nos serviços de APS que não conseguem apresentar indicadores positivos em relação a este problema de saúde? Quais os fatores que dificultam o controle da HAS nestes serviços? Essas dificuldades são decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias utilizadas na assistência à saúde, na gestão e nos processos educacionais?

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) estabelecer um processo de educação permanente junto aos profissionais da APS possibilita a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho que não produzem os

resultados esperados. Os objetivos mais importantes das ações de saúde em HAS são o controle da pressão arterial e, em longo prazo, a redução da morbimortalidade causada por essa doença. Portanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente junto aos profissionais de saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a estes problemas de saúde.

5.3 Atenção Primária em Saúde: protocolo para a hipertensão arterial sistêmica

A implantação de protocolo para o enfrentamento dos problemas HAS, possui um importantíssimo papel, além de possibilitar informações práticas e concisas para a equipe da atenção básica, normatiza condutas e procedimentos de extrema importância no cotidiano, objetiva consolidar um conjunto de ações sistematizadas para captação, acompanhamento e avaliação das pessoas com HAS e poderá desencadear um processo institucional de educação permanente para as equipes das APS.

A HAS, para indivíduos maiores de 18 anos, poderá ser classificada em 3 estágios (leve, moderada e grave), além da Hipertensão Sistólica Isolada. Os níveis normais de pressão arterial também deverão ser subdivididos em PA ótima, normal e normal limítrofe (ou normal-elevada). A seguir a Tabela 1 apresenta esta classificação

Tabela 1- Classificação da Pressão Arterial (mmHg)

Classificação *	Sistólica	Diastólica
PA ótima	menor que 120mmHg	menor que 80
PA normal	menor que 130mmHg	menor que 85
PA normal limítrofe	130-139mmHg	85-89
Hipertensão leve (estágio 1)	140-159mmHg	90-99
Hipertensão moderada (estágio 2)	160-179mmHg	100-109
Hipertensão grave (estágio 3)	180mmHg ou maior	110 ou maior
Hipertensão Sistólica (isolada)	140mmHg ou maior	menor que 90

* indivíduos adultos maiores de 18 anos

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010)

Vale ressaltar que em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevada em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais (FERREIRA; BIANCHINI; FLORES, 2011).

Ainda de acordo com Ferreira; Bianchini; Flores (2011) a aferição repetida da pressão arterial em dias diversos em consultório é requerida para chegar a pressão usual e reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial ante a simples presença do profissional de saúde no momento da medida da PA.

5.3.1 Diagnóstico

O diagnóstico de Hipertensão Arterial de acordo com Rosário *et al.*, (2009) é definido após a mensuração de níveis anormais de pressão arterial, conforme o quadro acima, em duas ou mais avaliações em visitas distintas. Os requisitos gerais para uma adequada mensuração da Pressão Arterial são:

- Lugar confortável;
- Paciente sem ingerir cafeína ou fazer uso de cigarro por 30 minutos anteriores à medida;
- Paciente em repouso por pelo menos 5 minutos;
- Braço livre de roupas que exerçam pressão, mão aberta e relaxada;
- Braço apoiado ao nível do coração;
- Manômetro calibrado e de fácil visualização;
- Manguito que cubra 2/3 da circunferência do braço, mantendo-o bem ajustado e não apertado;
- Inflar até 30 mmHg acima do desaparecimento do pulso e desinflar lentamente;

- Ao ouvir os primeiros ruídos arteriais detecta-se a pressão sistólica e o desaparecimento e/ou abafamento deles caracteriza a pressão arterial diastólica (PAD);
- Desinflar totalmente o manguito após aferição e aguardar pelo menos um a dois minutos para nova medida;
- Medir a PA em decúbito dorsal e ortostatismo em situações especiais tais como idosos, diabéticos e pacientes em uso de anti-hipertensivos;
- Na primeira consulta a PA deve ser verificada em ambos os braços e, constatando-se níveis elevados, deve-se também verificá-la nos membros inferiores;
- Os esfigmomanômetros usados são o aneróide e de coluna de mercúrio. Os aparelhos aneróides devem ser calibrados periodicamente, sendo que os de mercúrio oferecem maior precisão.

Considerando tal quadro, torna-se urgente implementar ações básicas de diagnósticos e controle da HAS e demais fatores de risco para DCV, nos diferentes níveis de atendimento da rede do SUS, especialmente em APS. Melhores resultados na atenção à saúde dependem da qualidade dos serviços de APS, ou seja, da medida em que estão sendo cumpridos os atributos da APS: acesso aos serviços, integralidade e longitudinalidade do cuidado, coordenação das ações e serviços. Uma das ferramentas ou estratégias para atingir a qualidade na APS são as Ações Programáticas (AP).

Estudos de Cesarino *et al.*, (2008) demonstram que a existência de Ações Programáticas (AP) e de um sistema de informação organizado aumenta em torno de 35 a 39% o controle desses problemas. A HAS e outros são problemas complexos, frequentemente associados à comorbidades, e necessitam de ação interdisciplinar para uma abordagem integral dos indivíduos, famílias e comunidade.

5.3.2 Exames Laboratoriais

A avaliação laboratorial mínima inicial do paciente hipertenso deve constar dos seguintes exames:

- Exame de Urina para pesquisa de elementos anormais e sedimentoscopia;
- Creatinina;
- Potássio sérico;
- Glicemia de jejum;
- Colesterol total e HDL-colesterol;
- Eletrocardiograma.

Estudos realizados por Conrado *et al.*, (2009) concluíram que os indivíduos mais jovens (homem com menos de 45 anos e mulher com menos de 55 anos), sem manifestação de doenças ou sintomas e sem nenhum dos indicadores intermediários de risco, são considerados de baixo risco. Nesta situação é desnecessário adotar a estratificação de risco através do Escore de Framingham e dispensável solicitar exames laboratoriais complementares, pois não existem benefícios para os mesmos. Entretanto, os indivíduos devem ser encorajados a manterem um estilo de vida saudável.

Para Cesarino *et al.*, (2008) para o acompanhamento adequado do usuário com HAS 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.

5.3.3 Estratificação do Risco

Objetivando estratificar o risco do paciente hipertenso para definição do prognóstico e no planejamento de estratégias para o tratamento de acordo com Conrado *et al.*, (2009), deve-se verificar a presença de fatores de risco, Lesão em Órgão-Alvo (LOA), Doença Cardiovascular Clínica (DCC) e concomitância de Diabetes Mellitus, conforme se expõe a seguir:

5.3.3.1 Fatores de Risco Maiores

- Tabagismo
- Dislipidemia
- Diabetes Mellitus
- Idade acima de 60 anos
- Sexo (homens e mulheres na pós-menopausa)
- História familiar de doença cardiovascular (mulheres abaixo de 65 anos de idade e homens abaixo de 55 anos de idade).

5.3.3.2 Lesão de Órgãos Alvo - Doença Cardiovascular Clínica

Doenças cardíacas: Hipertrofia ventricular esquerda, Angina/Infarto do miocárdio prévio, Revascularização coronariana prévia, Insuficiência cardíaca; .

- Acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório;
- Nefropatia;
- Doença arterial periférica;
- Retinopatia;

A estratificação do risco e quantificação do prognóstico leva em conta o grau da Hipertensão Arterial, a presença de fatores de risco e de Condições Clínicas Associadas (CCA) incluindo lesões em órgãos-alvo, e representa importante passo na definição da conduta terapêutica. O risco é classificado como baixo, médio, alto e muito alto.

Conrado *et al.*, (2009) não existindo fatores de risco, o paciente deverá receber orientação em consulta de enfermagem sobre mudança de estilo de vida com nova medida da PA em até 6 meses. Para a estratificação de risco esses indivíduos deverão realizar exames laboratoriais para estimar mais precisamente o risco cardiovascular, se ainda não realizados no último ano. Os exames que deverão ser solicitados são: glicemia de jejum e perfil lipídico completo (colesterol total e frações e triglicerídeos). O processo de estratificação possui 3 etapas. A primeira é a coleta de informações sobre idade, LDL-c, HDL-c, PA, diabetes e tabagismo. A segunda é

a soma dos pontos de cada um destes FR e a terceira é, com base nestes pontos, a realização da estimativa do risco cardiovascular em 10 anos. A figura ilustrativa do processo é bastante didática e de fácil aplicabilidade.

Tabela 2- Estratificação do Risco e Quantificação do Prognóstico

Outros fatores de risco ou doença	Hipertensão leve (grau 1)	Hipertensão Moderada (grau 2)	Hipertensão grave (grau 3)
Sem outros fatores de riscos	Risco baixo	Risco médio	Risco alto
1-2 fatores de risco	Risco baixo	Risco médio	Risco muito alto
3 ou mais fatores de risco ou LOA	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
Condições clínicas associadas	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010)

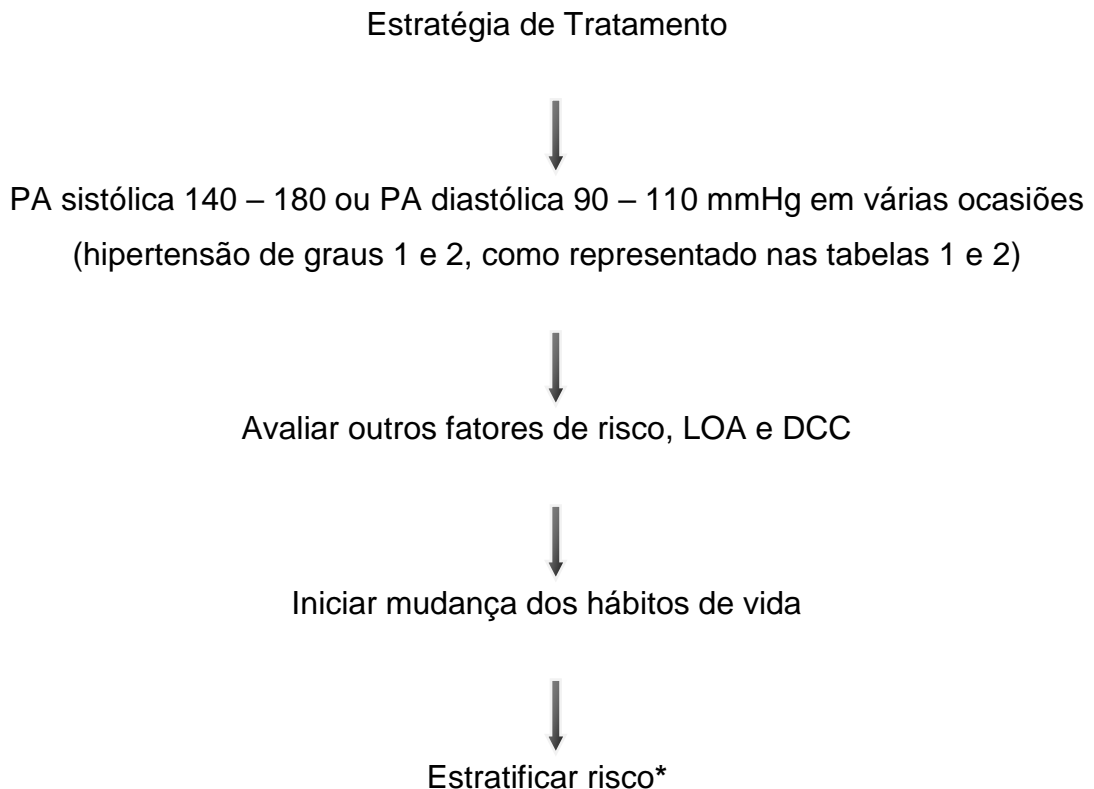
5.3.4 Tratamento

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, subdiagnóstico e tratamento inadequado, além da baixa adesão por parte dos pacientes (BRASIL, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, as Modificações do Estilo de Vida (MEV) são de fundamental importância na prevenção da hipertensão e no processo terapêutico: sem essas o tratamento medicamentoso torna-se pouco eficaz. Os hábitos e estilos de vida deletérios continuam a crescer na sociedade, levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, além de dificultar seu controle adequado (BRASIL, 2011).

Espera-se que os alvos referidos sejam atingidos com complementação de tratamento não medicamentoso e medicamentoso. Dessa forma, deve-se buscar também como alvo terapêutico o sucesso na incorporação de mudanças nos hábitos de vida (redução de peso, prática de atividade física, cessação do tabagismo, alimentação saudável, redução no consumo de álcool). Estivallet (2008).

A seguir, a apresentação da Estratégia de Tratamento segundo Estivallet (2008).



*A - Muito Alto ou Alto, começando o tratamento medicamentoso.

*B - Médio PAS > ou = 140 e PAD > ou = 90, iniciar tratamento medicamentoso.

PAS < ou = 140 e PAD < ou = 90, monitorar (reavaliar) a pressão, em 3 ou 6 meses.

*C - Baixo

Monitorar PA e outros fatores de risco em 6 e 12 meses.

PAS > ou = 150 ou PAD > ou = 95, iniciar tratamento.

PAS < 150 ou PAD < 95, continuar monitorando.

Ainda de acordo com este autor, a prevenção primária, a detecção precoce, o tratamento e o controle da HAS são as formas mais efetivas de evitar a doença e reduzir eventos cardiovasculares, e devem ser metas prioritárias dos serviços e profissionais de saúde.

O conjunto de recomendações para o cuidado integral de pessoas com HAS que se apresenta neste documento se propõe a guiar as equipes para um acompanhamento qualificado das pessoas que convivem com o problema através do diagnóstico precoce, tratamento, acompanhamento dos casos, abordagem da adesão ao tratamento, identificação de FR para DCV e promoção de ações de saúde que contribuam com o desenvolvimento do autocuidado e o controle desta patologia (ESTIVALLET, 2008).

5.3.4.1 Medidas Não-Farmacológicas

Além do tratamento medicamentoso todas as pessoas com HAS deverão ser orientadas sobre medidas não farmacológicas que auxiliam de forma significativa no controle da doença.

As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são:

- Redução do peso;
- Interrupção do tabagismo;
- Aumento da atividade física aeróbica (30-45 minutos na maioria dos dias da semana);
- Redução da ingestão de gordura saturada e colesterol da dieta;
- Ingestão limitada de álcool não excedendo a 30 ml de etanol por dia (720 ml de cerveja, 300 ml de vinho ou 60 ml de uísque) ou 15 ml de etanol por dia para mulheres e pessoas de baixo peso;
- Redução da ingestão de sódio a não mais do que 2,4 g de sódio ou 6 g de cloreto de sódio/dia;
- Ingestão adequada de potássio na dieta (aproximadamente 90 meEq/dia);
- Ingestão adequada de cálcio e magnésio;
- Alimentação saudável.

Ainda de acordo com a VI diretriz, o consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo auxiliam no controle da doença. (FERREIRA; BIANCHINI; FLORES, 2011).

5.3.4.2 Tratamento Farmacológico

Nos indivíduos maiores de 18 anos e menores de 65 anos, sem comorbidades, a primeira opção é o betabloqueador e/ou Hidroclorotiazida e a seguir os inibidores da ECA. A tabela 3 traz informações que ajudam a particularizar o tratamento de pacientes hipertensos levando-se em conta faixa etária, gravidez, doenças e condições concomitantes.

3 - Tratamento de Pacientes Hipertensos

Análise do Caso	Drogas de Escolha	Evitar	Observações
Idoso I	Antagonistas do canal de cálcio, inibidores da ECA Diuréticos, Betabloqueadores.	Diuréticos em monoterapia e em doses elevadas Inibidores adrenérgicos centrais, alfa bloqueadores	Iniciar sempre com a metade da dose terapêutica, aumentando lentamente, se necessário. Atentar para sintomas de hipotensão postural
HAS Isolada do Idoso	Diuréticos		
Grávida com Hipertensão Crônica	Alfametildopa (1ª escolha) Antagonistas do canal de cálcio Beta-bloqueadores	Inibidores da ECA Diuréticos	Referência para serviço de alto risco
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	Hipotensores (todos) podem ser usados com exceção dos Betabloqueadores	Betabloqueadores – avaliar uso - casos de angina e pós - IAM	Corticosteróides, teofilina e efedrina, podem dificultar o controle de pressão arterial
Dislipidemias	Inibidores da ECA, antagonistas dos canais de cálcio, alfa-2-agonistas, alfabloqueadores, diuréticos em baixas doses	Betabloqueadores	Betabloqueadores podem aumentar triglicérides e diminuir o HDL Reforçar mudanças do estilo de vida

3 - Tratamento de Pacientes Hipertensos (continuação)

Doença vascular encefálica	Inibidores da ECA, antagonistas dos canais de cálcio, diuréticos	Clonidina, alfametildopa, guanabenz, minoxidil	Redução da PA deve ser lenta e gradual principalmente nos idosos
Doença vascular arterial periférica	Antagonistas dos canais de cálcio vasodilatadores	Betabloqueadores; inibidores da ECA nos casos de estenose bilateral da artéria renal	Incentivar caminhadas e o abandono do tabagismo
Depressão	Inibidores ECA, antagonistas dos canais cálcio, diuréticos	Alfametildopa e Clonidina e Betabloqueadores	Diuréticos podem aumentar os níveis de lítio. Tricíclicos, IMAO e venlafaxina podem alterar a PA.
Obesidade	Inibidores ECA, antagonistas dos canais de cálcio	Betabloqueadores e diuréticos	Alertar para uso de anorexígenos com amfetamina e hormônio tireoidiano (podem aumentar a PA)
Cardiopatia isquêmica	Betabloqueadores (1ª escolha) Antagonistas dos canais de cálcio	Antagonistas dos canais de cálcio de ação rápida Hipotensores que aumentam a frequência cardíaca	Uso de AAS em doses baixas, reforçar mudanças do estilo de vida. Reduzir níveis de PA gradualmente
Insuficiência cardíaca	Inibidores ECA (1ª escolha) Hidralazina nitratos		Alfa e Betabloqueadores carvedilol + ECA são eficazes no tratamento
Insuficiência cardíaca + HAS + angina pectoris	Inibidores ECA + anilodipina ou felodipina		
Hipertrofia do ventrículo esquerdo	Todas as drogas podem ser usadas	Vasodilatadores diretos	Tratamento medicamentoso deve ser instituído
Nefropatias	Todas as drogas podem ser usadas. Preferir inibidores de ECA nos pacientes com proteinúria, creatinina < 3,0 mg / dl e/ou diabéticos	Diuréticos poupadores de potássio	Creatinina > 2,5 mg / dl usar diurético de alça. Avaliar níveis de Creatinina e K+ após 1 semana do início dos inibidores da ECA

Fonte: Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (2011)

Conforme estudos realizados por Estivallet (2008), demonstrou-se que a associação entre diuréticos tiazídicos ou Antagonista dos Canais de Cálcio (ACC) e Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA), Bloqueadores dos Receptores da

Angiotensina (BRA) ou Betabloqueadores (BB) é extremamente racional, particularmente em relação ao inergismo de efeito sobre o Sistema Renina-Angiotensina-aldosterona (SRAA).

5.3.5 Características dos Principais Anti-Hipertensivos

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) a maioria dos indivíduos com hipertensão possui a elevação persistente da pressão arterial como resultado de uma desregulação do mecanismo de controle homeostático da pressão, o que a define como essencial. Já a HAS secundária possui causa definida, que é potencialmente tratável e/ou curável, acometendo menos de 3% dos hipertensos. A correta avaliação destes pacientes é fundamental, visto que pode determinar a interrupção dos anti-hipertensivos. Esta avaliação é, predominantemente, baseada na história e no exame físico do paciente, que podem levar a suspeita da HAS secundária, bem como a indicação de exames complementares (além dos exames de rotina, já citados). A avaliação inicial deve considerar causas reversíveis. As causas mais comuns de HAS secundária estão vinculadas aos rins (parenquimatosa, arterial ou obstrutiva).

A presença de proteinúria leve a moderada no sedimento urinário é, em geral, secundária à repercussão da HAS sobre os rins. Proteinúria acentuada, hematúria, cilindrúria, leucocitúria (excluídas outras causas), aumento da creatinina sérica indicam HAS grave ou secundária à nefropatia. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

Na tabela 4 estão representadas as características dos principais anti-hipertensivos de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010)

Tabela 4 - Características dos Principais Anti-Hipertensivos

Droga	Dose diária (mg)	Efeitos colaterais	Precauções/considerações
Diuréticos tiazídicos Diuréticos de alça			
Hidroclorotiazida (Clorana)	25 a 50	Hipocalemia Hiperuricemia Intolerância a glicose Hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia	Podem ser eficazes na insuficiência renal; Sensibilização a toxicidade digital; Pode precipitar gota
Clortalidona (Higroton)	25 a 100	Hipocalemia Hiperuricemia Intolerância a glicose Hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia	Podem ser eficazes na insuficiência renal; Sensibilização a toxicidade digital; Pode precipitar gota
Diuréticos de alça			
Furosemida (Lasix)	40 a 120	Hipocalemia Hiperuricemia Intolerância a glicose Hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia	Podem ser eficazes na insuficiência renal; Sensibilização a toxicidade digital; Pode precipitar gota
Diuréticos poupadores de potássio			
Espironolactona (Aldactone)	25 a 100	Hipercalemia; Ginecomastia.	Hipercalemia significativa em pacientes com insuf. renal crônica
Simpaticolíticos de ação central			
Alfametildopa (Aldomet)	500 a 2000	Sonolência; Xerostomia; Fadiga e impotência sexual.	Pode causar lesão hepática e teste de Coombs direto positivo, anemia hemolítica e pode ocorrer hipotensão arterial rebote com suspensão da droga
Clonidina	0,1 a 1,2	Sonolência; Xerostomia; Fadiga e impotência sexual.	Pode causar lesão hepática e teste de Coombs direto positivo, anemia hemolítica e pode ocorrer hipotensão arterial rebote com suspensão da droga
Guanabenz	8 a 32	Sonolência; Xerostomia; Fadiga e impotência sexual.	Pode causar lesão hepática e teste de Coombs direto positivo, anemia hemolítica e pode ocorrer hipotensão arterial rebote com suspensão da droga

Tabela 4 - Características dos Principais Anti-Hipertensivos (continuação)

Simpaticolíticos com ação na terminação nervosa			
Guanetidina	10 a 400	Hipotensão ortostática; Diarréia; Impotência sexual; Congestão nasal.	Utilizar com cuidado em idosos por causa da hipotensão ortostática
Reserpina	0,1 a 0,25	Letargia; Depressão; Impotência sexual; Congestão nasal.	Contra-indicado em pacientes deprimidos
Bloqueadores beta-adrenérgicos			
Atenolol	25 a 100	Bradycardia; Fadiga; Insônia; Impotência sexual; Hipertrigliceridemia; Redução de HDL/Colesterol	Não devem ser usados em pacientes com asma, DPOC, ICC (exceto atenolol), BAV de grau II e III, doença do nó sinusal. Utilizar com cuidado: Diabetes Mellitus e doença vascular arterial periférica
Propranolol	80 a 480	Bradycardia; Fadiga; Insônia; Impotência sexual; Hipertrigliceridemia; Redução de HDL/Colesterol	Não devem ser usados em pacientes com asma, DPOC, ICC, BAV de grau II e III, doença do nó sinusal. Utilizar com cuidado: Diabetes Mellitus e doença vascular arterial periférica
Bloqueadores alfa-1 adrenérgicos			
Prazosin	1 a 20	Síncope na primeira dose; Hipotensão ortostática; Palpitação e fraqueza	Utilizar com cuidado em pacientes idosos devido a hipotensão ortostática
Vasodilatadores de ação direta			
Hidralazina	50 a 200	Cefaléia, taquicardia, retenção hidrosalina e FAN positivo	Pode provocar angina em coronariopata, síndrome lúpica em doses superiores a 200mg/dia
Minoxidil	5 a 60	Hirsutismo	Pode provocar angina em coronariopata, síndrome lúpica em doses superiores a 200mg/dia
Vasodilatadores bloqueadores dos canais de cálcio			
Nifedipina	20 a 180	Utilizar com cuidado nos pacientes com ICC e nos casos de bloqueio cardíaco	Pode causar insuficiência renal aguda em portadores de estenose bilateral da artéria renal; pode dar neutropenia e proteinúria

Tabela 4 - Características dos Principais Anti-Hipertensivos (continuação)

Diltiazem	120 a 240	Cefaléia, hipotensão, tonteira, constipação intestinal, erupção cutânea	Utilizar com cuidado nos pacientes com ICC e nos casos de bloqueio cardíaco
Verapamil	240 a 280	Cefaleia, hipotensão, tonteira, constipação intestinal, erupção cutânea.	Utilizar com cuidado nos pacientes com ICC e nos casos de bloqueio cardíaco
Inibidores da enzima conversora da angiotensina			
Captopril	12,5 a 150	Utilizar com cuidado nos pacientes com ICC e nos casos de bloqueio cardíaco	Pode causar insuficiência renal aguda em portadores de estenose bilateral da artéria renal; pode dar neutropenia e proteinúria.
Enalapril	10 a 40	Utilizar com cuidado nos pacientes com ICC e nos casos de bloqueio cardíaco	Pode causar insuficiência renal aguda em portadores de estenose bilateral da artéria renal; pode dar neutropenia e proteinúria

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010)

Para os casos em que o indivíduo chegue às Unidades de Saúde da Família (USF) já em uso de anti-hipertensivos, deve-se interrogar quais as cifras foram encontradas na época do diagnóstico (pré-tratamento).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição do Problema

Através do diagnóstico situacional realizado pela equipe de saúde da família Recreio – Vale do Sol, tem se uma área de abrangência de 4088 pessoas neste ano de 2013 e de acordo com levantamentos realizados no ano de 2011, foram identificados os principais problemas de saúde da comunidade da população coberta pelo PSF:

Tabela 5 – Problemas de saúde da comunidade da população coberta pelo PSF

Morbidade referida	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	Micro 7	Total
Alcoolismo	9	5	35	29	5	2	2	86
Doença de chagas	1	0	0	0	0	0	0	1
Deficiência	2	2	5	4	3	01	5	22
Epilepsia	1	2	0	4	2	0	0	9
Diabetes	18	19	15	15	11	17	20	115
Hipertensão	63	70	75	57	44	54	54	417
Tuberculose					1			1
Hanseníase						1		1
Número de hospitalizações					64			

Tabela 6 – Total de óbitos durante o ano de 2011 da população coberta pelo PSF

Ano de óbito	2011
< 1 ano	00
1 a 4 anos	00
5 a 14 anos	00
15 a 49 anos	2
50 anos e mais	9
Total	11

Nota-se um claro predomínio das doenças crônicas na região, em especial a hipertensão arterial, diabetes mellitus e alcoolismo. Porém pode-se dizer que a maioria desses pacientes estava controlado neste ano de 2011, visto que, houve apenas 64 hospitalizações e um total de 11 óbitos, cujas causas não foram definidas.

Quanto à mortalidade observa-se predomínio acima de 50 anos, o que leva a área para um índice de Swaroop – Uemura acima de 75% neste ano de 2011, sendo colocada no primeiro nível acima da realidade brasileira que está num segundo nível.

6.2 Priorização de Problemas

Portanto podemos concluir que a principal prioridade desta população é o tratamento incorreto da hipertensão arterial, visto as informações acima. Com base nisto, elaborou-se a tabela abaixo demonstrando a importância de cada problema, a capacidade de seu enfrentamento e a ordem de prioridades.

Tabela 7 - Tratamento incorreto da hipertensão arterial

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Hipertensão arterial	Alta	6	Parcial	1
Diabetes melitus	Alta	6	Parcial	2
Alcoolismo	Alta	5	Parcial	3
Gravidez na adolescência	Alta	4	Parcial	4

6.3 Descrição do Problema Selecionado

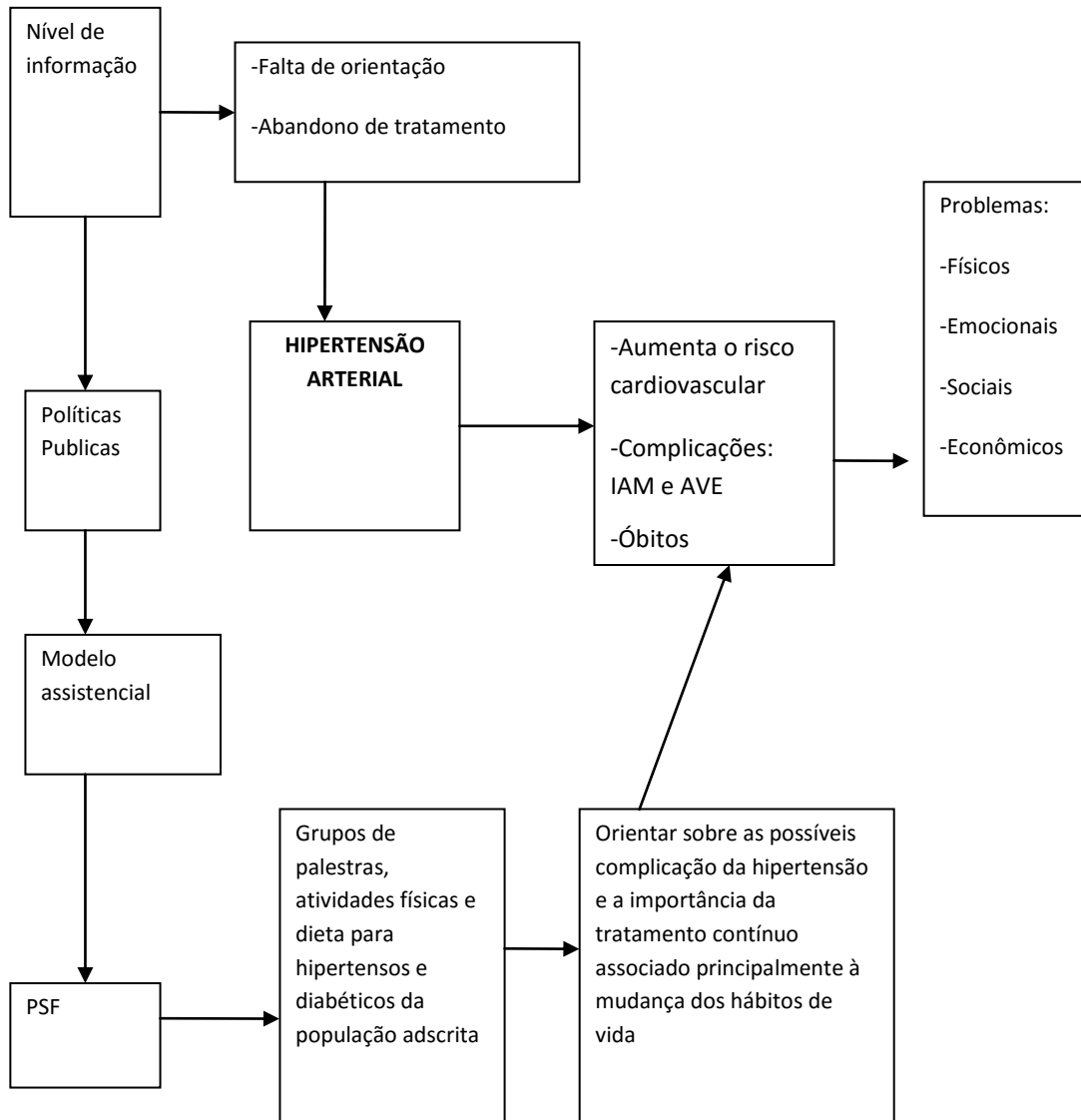
Observou se durante as consultas médicas uma dificuldade da população em seguir as propostas terapêuticas do médico, muitas vezes por falta de conhecimento da

população. A hipertensão arterial é uma doença assintomática em suas fases iniciais, mas que pode ocasionar danos irreversíveis ao organismo humano, tal como hipertrofia ventricular esquerda, nefroesclerose, vasculopatias, dentre outros. Além de ocasionar complicações agudas como AVE e contribuir para complicações como o infarto agudo do miocárdio, que são as principais causas de morte no país.

Um tratamento correto visa principalmente reduzir essas complicações e para isso necessita se uma maior conscientização da população acerca de seu problema e suas consequências, já que o tratamento é simplificado com a colaboração dos pacientes em conseguir mudanças essenciais dos hábitos de vida e uso correto dos medicamentos. Para essa conscientização podemos fazer uso de estratégias que envolvam toda a equipe de saúde em associação com a população. Visitas domiciliares, palestras elucidativas e programas especiais, como para exercícios físicos regulares são estratégias importantes.

6.4 Explicação do Problema

Para melhor entendimento do problema priorizado foi organizado o quadro demonstrativo, exposto logo abaixo:



Fonte: Autoria Própria (2013)

6.5 Seleção dos “nós críticos”

Para se enfrentar um problema é necessário conhecer sua causa, conhecer seu “nó crítico”. O “nó crítico” na HA é a falta de conhecimento sobre o assunto pelos próprios pacientes, e questões que dificultam a adesão ao tratamento como:

a) fase inicial assintomática;

- b) uso de medicamento somente quando pensam que a pressão está elevada (relacionam o aumento a sintomas que creem ser ligados à HAS, como cefaleia, náuseas, ou quando “ficam nervosos”);
- c) impressão de cura com conseqüente abandono dos fármacos, quando, na realidade, a pressão está controlada;
- d) desgosto de ter de tomar remédios continuamente, de ser “dependentes” deles;
- e) sintomas adversos dos fármacos como disfunção erétil e tosse;
- f) dieta hipossódica é difícil de ser seguida, principalmente pelo fato de os familiares terem de se habituar a ela;
- g) necessidade de consultas médicas mensais para fornecimento de prescrições para a retirada do medicamento na UBS;
- h) falta de medicamento gratuito na UBS, em alguns momentos;
- i) alguns pacientes ficam “escravos” dos horários da ministração de medicamentos, o que dificulta sua rotina diária. A conclusão é que é muito importante a equipe de saúde conhecer as dificuldades dos pacientes em aderir ao tratamento anti-hipertensivo com o objetivo de tentar corrigi-las, juntamente com o paciente, para melhor controle da HAS. Enfatiza-se, principalmente, a importância da comunicação no relacionamento médico/equipe/paciente, o que envolve a confiança e, por conseguinte, possibilidades de maior adesão ao tratamento.

6.5.1 Objetivos Gerais

- Possibilitar espaços e momentos de ação-reflexão-ação sobre a realidade vivenciada pelos pacientes portadores de HAS.
- Capacitar a equipe da Estratégia Saúde da Família em relação à abordagem de usuários com doenças crônicas por meio de grupos operativos.
- Implantação da estratégia de trabalho centrado em Grupos Operativos como abordagem privilegiada aos usuários hipertensos.

6.6 Plano de Intervenção

Para a realização do Plano de Intervenção serão selecionados os indivíduos hipertensos cadastrados no Programa da Saúde da Família do PSF Recreio Vale do Sol no período do ano de 2011 a 2013, somando um total de 417 pacientes com problema de Hipertensão Arterial.

Esses pacientes serão convidados, por meio de um impresso próprio, a virem até a Unidade Básica de Saúde, em datas e horários adequados.

Será utilizado como protocolo, uma ficha de anamnese dirigida, aos pacientes com o diagnóstico da HA e serão convidadas a participarem de um grupo juntamente com a Equipe do PSF (Médico, Enfermeira, etc.).

Os pacientes que apresentarem alterações específicas serão encaminhados para tratamento individual na especialidade em questão.

6.6.1 Pessoas responsáveis pelas ações

Os ACS serão os responsáveis pela coleta, através das visitas domiciliares e ficha de acompanhamento familiar (Ficha-A), das pessoas portadora da HA (anexo A – Ficha Cadastral do Hipertensão) e pela entrega do convite (formulado pela Equipe do PSF) às famílias.

A Auxiliar de Enfermagem será responsável pelo preenchimento dos convites e pela recepção dessas pessoas na unidade.

O Médico será responsável pela avaliação e diagnóstico da HA com os pacientes, através do preenchimento da ficha de anamnese, e também será o responsável pelo grupo operativo e o tratamento individual.

6.6.2 Estratégias a serem utilizadas nas ações

Aviso nas igrejas e nos cultos evangélicos e em missas de domingo, bem como divulgação em jornal e rádio.

Tabela 8- Plano operativo para o problema da HAS encontros para discutir o significado, importância e metodologia de desenvolvimento de Grupos Operativos

Objetivos específicos	Ações/atividades	Responsáveis	Cronograma
<p>- Pactuar com a equipe o empenho de cada um para a realização do projeto de intervenção.</p> <p>- Desenvolver atividades com a finalidade de melhorar a adesão do hipertenso ao tratamento medicamentoso.</p>	<p>- Promover reuniões de discussão e implantação da estratégia de trabalho com a equipe multiprofissional do PSF recreio Vale do sol do município de Alfenas - MG.</p> <p>- Elaborar proposta de capacitação da equipe multiprofissional e discuti-la com a equipe.</p> <p>- Realizar reuniões semanais (no mínimo 04) com duração de quatro horas cada, para discutir o conteúdo teórico.</p>	<p>Equipe do PSF (utilizar metodologias ativas, de construção do conhecimento, reconhecendo a capacidade de aprendizagem dos membros da equipe).</p>	<p>Setembro/2014</p>

Tabela 9 - Implantação um grupo formado por usuários hipertensos dentro da abordagem do Grupo Operativo

Objetivos específicos	Ações/atividades	Responsáveis	Cronograma
<p>- Implantar o trabalho com o grupo de usuários portadores de HAS.</p> <p>Elaborar uma proposta de intervenção com a finalidade de melhorar a adesão do hipertenso ao tratamento medicamentoso</p> <p>- Avaliar os resultados obtidos.</p>	<p>- Definir, junto com a equipe, os critérios de priorização e o número de usuários que serão convidados para o primeiro grupo.</p> <p>- Convidar os usuários para uma reunião de esclarecimento quanto à proposta e estabelecimento da adesão ao grupo.</p> <p>- Iniciar o processo de realização das reuniões com o grupo.</p> <p>- Promover reuniões de discussão, avaliação e análise do trabalho em desenvolvimento.</p> <p>- Elaborar um instrumento de avaliação de resultados.</p> <p>- Definir a continuidade e criação de novos grupos, a partir da avaliação realizada.</p>	<p>- Equipe da ESF</p> <p>- Equipe da ESF</p> <p>- Equipe da ESF.</p> <p>- Equipe da ESF</p> <p>- Equipe da ESF</p>	<p>Outubro/2014</p> <p>Outubro/2014</p> <p>Outubro/2014</p> <p>Outubro e Novembro/2014</p> <p>Maio/2013</p>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O (re) construir da prática uma nova forma de funcionamento dos grupos realizados atualmente para os usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica no Programa de Saúde da Família Recreio Vale do sol é um desafio que envolve não só os trabalhadores de saúde, mas também a política de saúde, os centros formadores e as sociedades adscritas em cada território, entendido nas dimensões demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas e histórico-culturais.

No serviço, as criações de espaços coletivos, em que equipes de saúde compartilham a elaboração de planos gerenciais e de projetos, dependem não somente da formação recebida, mas também de uma ampla reformulação da mentalidade e da legislação do sistema de saúde, permitindo aos gestores estimularem a construção da interdisciplinaridade.

Assim, no contexto de doenças crônicas, de alta prevalência e com elevados indicadores de morbidade e mortalidade, a busca por desenvolver tecnologias é uma prioridade. Sendo assim, situam-se a criação e validação de instrumentos para medir a adesão ao tratamento de uma doença crônica tão prevalente, como a HAS.

Neste sentido, preenchendo esta necessidade e esta lacuna, no cenário da saúde pública e como Profissional da Atenção Básica (PROVAB) do PSF Recreio Vale do Sol, visando á importância da avaliação para melhoria na organização das práticas assistenciais e no planejamento de ações futuras, observou-se durante os atendimentos médicos uma dificuldade da população em seguir as condutas terapêuticas prescritas, muitas vezes por falta de conhecimento da população ou por desconhecimento da gravidade da doença quando não tratada adequadamente.

Por tanto, identificou-se a necessidade da incorporação na vida dos hipertensos da sua responsabilização pelo cumprimento do tratamento prescrito visando principalmente reduzir as complicações oriundas da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Este trabalho gerou grande satisfação ao grupo de pesquisadores por acreditar que a população vai encontrar-se mais esclarecida e melhor preparada para enfrentar essa patologia que aflige grande número de brasileiros.

Portanto, a elaboração de uma proposta de intervenção com a finalidade de melhorar a adesão do hipertenso ao tratamento medicamentoso, aumentará a adesão do indivíduo portador de hipertensão arterial junto ao Programa de Saúde da Família – Recreio Vale do sol.

Deste modo, há possibilidade de espaços e momentos de ação-reflexão-ação sobre a realidade vivenciada pelos pacientes portadores de HAS. Com capacitação da equipe da Estratégia Saúde da Família em relação à abordagem de usuários com doenças crônicas por meio de grupos operativos, com a implantação a estratégia de trabalho centrado em Grupos Operativos como abordagem privilegiada aos usuários hipertensos.

A não adesão ao tratamento é o principal fator para a falta de controle da pressão arterial que ocorre em mais de dois terços dos indivíduos que têm hipertensão. Esses achados podem proporcionar subsídios para a realização de intervenções na assistência aos pacientes com HAS com o objetivo de, não só aumentar as taxas de adesão, como também melhorar a qualidade de vida servindo de base para o planejamento das ações de saúde do município.

Por fim, o desenvolvimento de instrumentos para mensurar fenômenos subjetivos geralmente não se esgota em um único trabalho investigativo. Sendo assim, sugere-se o desenvolvimento de outras propostas de intervenções, de forma a serem incluídos itens que possuam parâmetros a elevados e que não foram contemplados neste estudo.

REFERENCIAS

AYER, Aspásia Vianna Manso Vieira. **A Igreja na História de Alfenas**. A Fundação de Pedra Branca. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1991.

BANDEIRA, L. B. B. **Avaliação da Implantação da Referência e Contrarreferência de Consultas Especializadas no Sistema Municipal de Consultas Especializadas no Sistema Municipal de Saúde de Alfenas-MG**. Dissertação. Unifenas: Alfenas, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus Manual de Hipertensão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

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

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Psiq. Clin.** v. 5, n. 32, p. 283-300, 2010.

CESARINO, C. B.; CIPULLO, J. P.; MARTIN, J. F. V.; CIORLIA, L. A.; GODOY, M. R. P.; CORDEIRO, J. A.; RODRIGUES, I. C. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq Bras Cardiol.**, v.1, n.1, p. 31-35, 2008.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, E. A.; SOUSA, M. F. de. Enfermagem, academia e Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, v. 2, n. 4, p. 52-59, 2002.

CONRADO, V. C. L. S. *et al.* Avaliação do risco Cardiovascular para Procedimentos Odontológicos. São Paulo: Santos, 2009.

CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq Bras Cardiol.** v.2, n. 65, p. 129, 2011.

COSTA, B. F. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia **Arq Bras Cardiol.** v. 95, n. 9, p. 1-51, 2009.

ESTIVALLET, N. **Aderência ao tratamento farmacológico e controle de pacientes hipertensos em Atenção Primária à Saúde**. Dissertação de Mestrado em Epidemiologia . Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Luterana do Brasil, Canoas, 2008.

FERREIRA, S. R. S.; BIANCHINI, I. M.; FLORES, R. **A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde.** Porto Alegre: Ministério da Saúde. Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Enciclopédia dos Municípios Brasileiros.** V. XXIV . Rio de Janeiro, 1958.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Dados do Censo de 2010.

JARDIM, P. C. V.; PEIXOTO, M. R.; MONEGO, E.; MOREIRA, H.; VITORINO, P. V. O.; SOUZA, W. S. B. S.; SCALA, L. C. N. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq Bras Card**, v.4, n. 88, p.452-457, 2010.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabetes melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. **Arq Bras Cardiol.**, , v. 3, n. 87, p. 370-9, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Cultura. Governo de Minas Gerais. 1º Censo Cultural de Minas Gerais. **Guia da Região Sul.** 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **As cartas da promoção da saúde.** Brasília. (DF) MS; 2006. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html> Acessado em 6 de mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde.. Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Protocolo. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica n.).

NOBRE, F.; AMODEO, C.; CONSOLIM-COLOMBO, F. M.; CORREIA, M. L.G.; GUS, M. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Revista Brasileira Hipertensão.** v. 17, n.1, p. 25-30, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado:** hipertensão arterial e diabetes. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010, 232 p.

REINERS, A. A. O. **Interação profissional de saúde e usuário hipertensão:** contribuição para não adesão ao regime terapêutico [tese]. São Paulo (SP): USP/EERP/Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2009.

ROSÁRIO, T. M.; SCALA, L. C. N. S.; FRANÇA, G. V. A.; PEREIRA, M. R. G.; JARDIM, P. C. B. V. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres. **Arq Bras Card**, v. 6, n. 93, p. 672–678, 2009.

SALES, I. C.; PAGANI, R. A Preceptorial de Território na Estratégia de Saúde da Família em Sobral/ CE (Desafios Políticos, Teóricos e Metodológicos de uma Experiência). **SANARE – 10 Anos do Saúde da Família**, 2004.

SANTOS, A. J. M.; ROSA, C.; OLIVEIRA, E. L.; ALMEIDA, Jr, SCHEIDER, R.M.; ROCHA, S. S.L.; COUTINHO, R. M. C. A não adesão de pacientes hipertensos ao tratamento em Unidade Básica de Saúde (UBS). **Rev Inst Ciênc Saúde**.v.4, n. 27, p. 330-7, 2009.

SECRETARIA DE MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALFENAS – MG. Prefeitura Municipal de Alfenas-MG. Coordenação de Atenção Básica. Alfenas, 2013.

SOARES, R. S.; FERREIRA, I. M. BIANCHINI, R. BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Gerência de Saúde Comunitária. **A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago. 2011.

SCHERR, C.; RIBEIRO, J. P. Gênero, Idade, Nível Social e Fatores de Risco Cardiovascular: Considerações Sobre a Realidade Brasileira. **Arq Bras Cardiol**. v.3, n. 93, . 54-56, 2009.

SOARES, R. S.; FERREIRA, I. M. BIANCHINI, R. BRASIL. Ministério da Saúde. 2011, *apud* MARQUEZ, Contreras, E; DE RIVAS, Otero, B; divison garrote já *et al*. Are hypertensive patients managed in primary care well evaluated and controlled? **HICAPstudy Med Interna**, USA. V.7, n. 24, p.312-6, 2009.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Rev Bras Hipertensão**. v.17, n.1, p. 7-10, 2010.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Revista Hipertensão**. v. 13, n. 9, 2010.

VIGITEL, Brasil 2011. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.132 p.:

ANEXO A

Ficha - Cadastro do Hipertensão



MS – HIPERTENSÃO
 PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
 À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

1.ª Via: Enviar para digitação
CADASTRO DO HIPERTENSO
E/OU DIABÉTICO

Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód. SIA/SUS (*)		Número do Prontuário				
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)								
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)			Data Nascimento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai					
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	País de Origem		Data Naturalização / /			
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. familiar/Conjugal (TV)	Nº Cartão SUS				
DOCUMENTOS GERAIS								
Título de Eleitor	Número	Zona	Série					
CTPS	Número	Série	UF	Data de Emissão / /				
CPF	Número	PIS/PASEP	Número					
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)								
Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV)	UF	Data de Emissão / /			
Certidão (TV)	Tipo	Nome do Cartório			Livro			
	Folha	Termo			Data de Emissão / /			
ENDEREÇO (*)								
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro			Número	Complemento			
Bairro	CEP	DDD	Telefone					
DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE								
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)		Peso (kg) (*)				
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d)		<input type="checkbox"/> Em jejum	<input type="checkbox"/> Pós prandial				
Fatores de risco e Doenças concomitantes	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Presença de Complicações		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
Antecedentes Familiares - cardiovasculares			Infarto Agudo Miocárdio					
Diabetes Tipo 1			Outras coronariopatias					
Diabetes Tipo 2			AVC					
Tabagismo			Pé diabético					
Sedentarismo			Amputação por diabetes					
Sobrepeso/Obesidade			Doença Renal					
Hipertensão Arterial								
TRATAMENTO								
Não Medicamentoso:	<input type="checkbox"/>							
Medicamentoso								
	Comprimidos/dia					Unidades/dia		
Tipo	1/2	1	2	3	4		5	6
Hidroclorotiazida 25mg								
Propranolol 40mg								
Captopril 25mg								
Glibenclamida 5mg								
Metformina 850 mg								
Insulina	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
Outros	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO							
Data da Consulta (*) / /	Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)							

Legenda: (*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai; data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone. (**) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.