

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

NAZAR JOSÉ CAMACHO

**ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS NA
ATENÇÃO BÁSICA:
desafio para a equipe de saúde**

BELO HORIZONTE

2016

NAZAR JOSÉ CAMACHO

**ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS NA
ATENÇÃO BÁSICA:
desafio para a equipe de saúde**

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

Orientador: Miguir Terezinha Vieccelli
Donoso

BELO HORIZONTE

2016

***Dedico este trabalho a minha família,
que mesmo distante, me apoia e
torce pelo meu sucesso.***

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me sustentar;

Agradeço aos meus colegas de trabalho pelo auxílio imensurável;

Agradeço a minha família pelo apoio e

A minha tutora pela orientação.

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”.

Albert Einstein

RESUMO

Este trabalho buscou, por meio de um projeto de intervenção realizado durante o Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, aperfeiçoar a assistência prestada aos usuários hipertensos da equipe 5 da Unidade Básica de Saúde Jaqueline 1 – Anexo Zilah. Por ser uma doença tão incidente/prevalente tanto no mundo como no Brasil, considera-se de fundamental importância que a equipe de saúde da família saiba conduzir o atendimento das pessoas com este agravo. Esse processo inclui: acolhê-los, prestar atendimento de qualidade, reduzir mortalidade, prevenir. Ao se realizar a análise situacional desta equipe, percebeu-se que a mesma não conseguia realizar suas atribuições em relação aos hipertensos, seja por falta de tempo, planejamento, grande demanda aguda, falta de número adequado de profissionais, dentre outros. Assim, realizou-se o projeto de intervenção, resultando em estratégias que objetivam disponibilizar uma melhor assistência para estes pacientes, prevenindo agravos e melhorando a qualidade de vida dos mesmos. Para seu embasamento, agregou-se a revisão de literatura sobre o tema, sendo pesquisado nas bases de dados LILAC'S, BIREME e Google Acadêmico as seguintes palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Atenção Básica, Projeto de intervenção. Foi selecionado para o estudo os artigos atuais que mais se relacionavam com o tema atenção básica. Além disso, utilizou-se de protocolos e diretrizes sobre o tema Hipertensão Arterial.

Palavras chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Atenção Básica, Projeto de intervenção.

ABSTRACT

This study aimed, through an intervention project carried out during the course of specialization in Family Health Strategy, improve the care provided to hypertensive patients team of 5 Jaqueline Basic Health Unit 1 - Annex Zilah. For being such a incident / prevalent disease both in the world and in Brazil, it is considered of fundamental importance that the family health team knows how to lead the care of people with this injury. This process includes: welcome them, provide quality care, reduce mortality, prevent. When performing a situational analysis of this team, it was realized that it could not perform its duties in relation to hypertension, either for lack of time, planning, large acute demand, lack of adequate number of professionals, among others. Thus, there was the intervention project, resulting in strategies that aim to provide better care for these patients, preventing diseases and improving the quality of life for them. For its foundation, added to the literature review on the subject being researched in LILAC'S databases. BIREME and Google Scholar the following key words: Hypertension, Primary Care Intervention Project. It was selected to study the current articles that most were related to the theme primary care. In addition, we used protocols and guidelines on the subject Hypertension.

Key words: Hypertension, Primary Care Intervention Project.

Lista de Quadros

Quadro 1: Desenho de Operações.....	17
Quadro 2: Identificação de recursos críticos – projeto de intervenção	18
Quadro 3: Viabilidade do plano – projeto de intervenção.....	19
Quadro 4: Fatores de Risco, causais ou agravantes da HAS	24
Quadro 5: Decisão terapêutica segundo risco e pressão arterial	28
Quadro 6: Metas a serem atingidas em conformidade com as características individuais.....	29
Quadro 7: Algumas modificações de estilo de vida e redução aproximada da pressão arterial sistólica*	32
Quadro 8: Plano Operativo.....	33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Descrição, Explicação e identificação dos nós do problema escolhido	9
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo geral.....	12
3.2 Objetivo específico	12
4 METODOLOGIA	13
4.1 Definição dos Problemas	13
4.2 Priorização dos problemas	14
4.3 Descrição e Explicação do problema selecionado.....	14
4.4 Explicação do problema.....	15
4.5 Seleção dos nós críticos	15
4.6 Desenho das Operações	16
4.7 Identificação dos recursos críticos	18
4.8 Análise de viabilidade do plano	19
5 REFERENCIAL TEÓRICO	20
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária	20
5.2 Definição de Hipertensão arterial sistêmica.....	21
5.3 Epidemiologia da HAS	22
5.4 Classificação da HAS	22
5.5 Fatores de Risco, causais ou agravantes da HAS.....	23
5.6 Diagnóstico da HAS.....	25
5.6.1 A História Clínica do Paciente	25
5.6.2 O exame físico	26
5.6.3 Avaliação laboratorial de rotina para o paciente hipertenso.....	27
5.7 Processo de decisão terapêutica na hipertensão arterial	27
5.7.1 Diuréticos	29
5.7.2 Inibidores adrenérgicos	30
5.7.3 Betabloqueadores	30
5.7.4 Alfabloqueadores	31
5.7.5 Vasodilatadores diretos.....	31
5.7.6 Antagonistas dos canais de cálcio	31

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) encontram-se entre as principais doenças crônico-degenerativas, sendo que, no Brasil, cerca de 17 milhões de pessoas são portadoras de hipertensão arterial (HA), e 35% deste total possuíam 40 anos ou mais (BRASIL, 2006). Além destes dados relevantes, sabe-se que a HAS se apresenta como fator de risco para as doenças cardiovasculares, fato pelo qual se constitui como um agravo de saúde pública, onde cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica, conforme colocado por Brasil (2001).

Durante a realização da análise situacional de saúde do curso de especialização Estratégia Saúde da Família, verificaram-se vários problemas na Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo estes: alta demanda espontânea; alto número de pacientes com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes; ausência de atividades de promoção à saúde; grande número de casos agudos; população com grande risco social; equipes incompletas.

Após priorização dos problemas identificados, o alto número de pacientes com doenças crônicas foi classificado como urgente. Desta forma, o tema escolhido para este trabalho foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS).

1.1 Descrição, Explicação e identificação dos nós do problema escolhido

Foi identificada na Equipe UBS Jaqueline I- Anexo Zilah a ausência do acompanhamento regular e eficaz dos hipertensos da área de abrangência. A equipe conta com cerca de 550 hipertensos, sendo que estes estão aproximadamente há um ano sem acompanhamento por meio de grupos operativos ou atividades de promoção à saúde. Atualmente tem-se realizado apenas algumas consultas eletivas destes pacientes crônicos e troca de receitas durante as atividades de acolhimento. Devido à alta demanda de pacientes agudos, equipe incompleta, espaço físico inadequado, entre outros, as atividades não estão sendo devidamente realizadas. Assim, considera-se que, por ser a Atenção Primária à Saúde (APS) porta de entrada para estes agravos, torna-se imprescindível um acompanhamento adequado por parte dos profissionais para estes pacientes.

A APS é considerada o primeiro nível de atenção aos usuários do SUS e é reconhecida como a porta de entrada dos serviços de saúde. Geralmente, nesse local, a população busca solução para problemas de saúde, seja em práticas de promoção, prevenção, tratamento ou reabilitação. A APS assiste o sujeito em sua “singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção, ao tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver mais saudável” (BRASIL, 2007, p. 22).

O Sistema Único de Saúde se encaminha para a sua consolidação por meio do Pacto pela Saúde, que aponta como uma das prioridades, a qualificação da atenção primária, colocando como modelo de atenção à saúde no Brasil a Estratégia Saúde da Família. Pode-se definir a atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de saúde, com vistas à promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento de problemas de saúde mais prevalentes e reabilitação individual e coletiva. Esta é a porta de entrada dos sistemas de saúde, sendo fundamental para todos os outros níveis de atenção (AZEVEDO *et al.*, 2013).

Assim, detectar, estabelecer diagnóstico, identificar lesões em órgãos-alvo e/ou complicações crônicas e tratar adequadamente a hipertensão arterial tornam-se um desafio para as equipes de saúde, já que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) se consolidaram como a porta de entrada destes indivíduos no sistema de saúde. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) aponta para a implementação de ações básicas de diagnóstico e controle destas condições, por meio de seus clássicos fatores de risco, nos diferentes níveis de atendimento da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no nível primário de atenção. Faz-se importante que todos os integrantes da equipe de saúde contribuam de alguma forma, tanto na prevenção quanto no tratamento destas doenças, cabendo a cada um, papel diferenciado.

2 JUSTIFICATIVA

Conforme a PA vai aumentando a partir de 115/75 mmHg, também se aumenta, de forma progressiva, a mortalidade por doenças cardiovasculares. Dados de 2001 demonstram que aproximadamente de 8 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), 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 doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morte. Em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Por ser uma doença tão incidente/prevalente tanto no mundo como no Brasil, considera-se de fundamental importância que a equipe de saúde da família saiba conduzir o atendimento das pessoas com este agravo. Esse processo inclui: acolhê-los, prestar atendimento de qualidade, reduzir mortalidade, prevenir danos e planejar estratégias de prevenção e promoção à saúde. Com a realização da análise situacional, detectou-se que a equipe UBS Jaqueline I- Anexo Zilah não consegue realizar suas atribuições em relação aos hipertensos, seja por falta de tempo, planejamento, grande demanda aguda e falta de número adequado de profissionais, dentre outros.

Assim, este trabalho justifica-se na necessidade de contribuição com a ESF nas suas ações referentes ao acompanhamento de pessoas com HAS, utilizando-se ações estratégicas para esse fim.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Realizar um projeto de intervenção para melhoria da assistência aos pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

3.2 Objetivo específico

- Definir novas estratégias de promoção e prevenção de agravos de saúde para pacientes hipertensos na unidade de saúde Jaqueline I- Anexo Zilah.

4 METODOLOGIA

Priorizado o problema, alto número de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, iniciou-se levantamento bibliográfico em várias bases de dados, como *Index Medicus* (Medline), *U.S. National Library of Medicine National Institute of Health* (PubMed), *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO), da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Portal Periódicos (CAPES), utilizando-se das seguintes palavras-chave: atenção básica; hipertensão arterial sistêmica; acompanhamento do hipertenso; promoção e prevenção de agravos de saúde para pacientes hipertensos. Com o levantamento bibliográfico, realizou-se a revisão de literatura encontrada neste trabalho.

Para a construção do projeto de intervenção, a equipe se reuniu quinzenalmente nos meses de março, abril, maio, junho e julho; discutindo nestas reuniões sobre as possíveis implementações que pudessem ser realizadas em prol da melhoria ao atendimento dos hipertensos abrangidos. Durante a elaboração do projeto de intervenção, utilizou-se como base o Módulo Planejamento e Ações de Saúde estudado durante o curso desta especialização (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Das reuniões de equipe participaram: os dois agentes comunitários, os dois técnicos de enfermagem, a enfermeira da equipe e o médico. Em cada uma das reuniões, um dos profissionais ficou responsável em trazer um artigo publicado em periódico científico sobre o tema Hipertensão. Após a leitura do artigo, o mesmo era discutido, objetivando-se o compartilhamento dúvidas e respostas.

4.1 Definição dos Problemas

Este projeto de intervenção se iniciou com uma reunião entre a equipe com o objetivo de discutir os problemas levantados pelo diagnóstico situacional. Dentre estes, encontravam-se: alta demanda espontânea; alto número de pacientes com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes; ausência de atividades de promoção à saúde; grande número de casos agudos; população com grande risco social; equipes incompletas.

4.2 Priorização dos problemas

Após priorização dos problemas identificados, o alto número de pacientes com doenças crônicas foi classificado como urgente. Desta forma, o tema escolhido para este trabalho foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS).

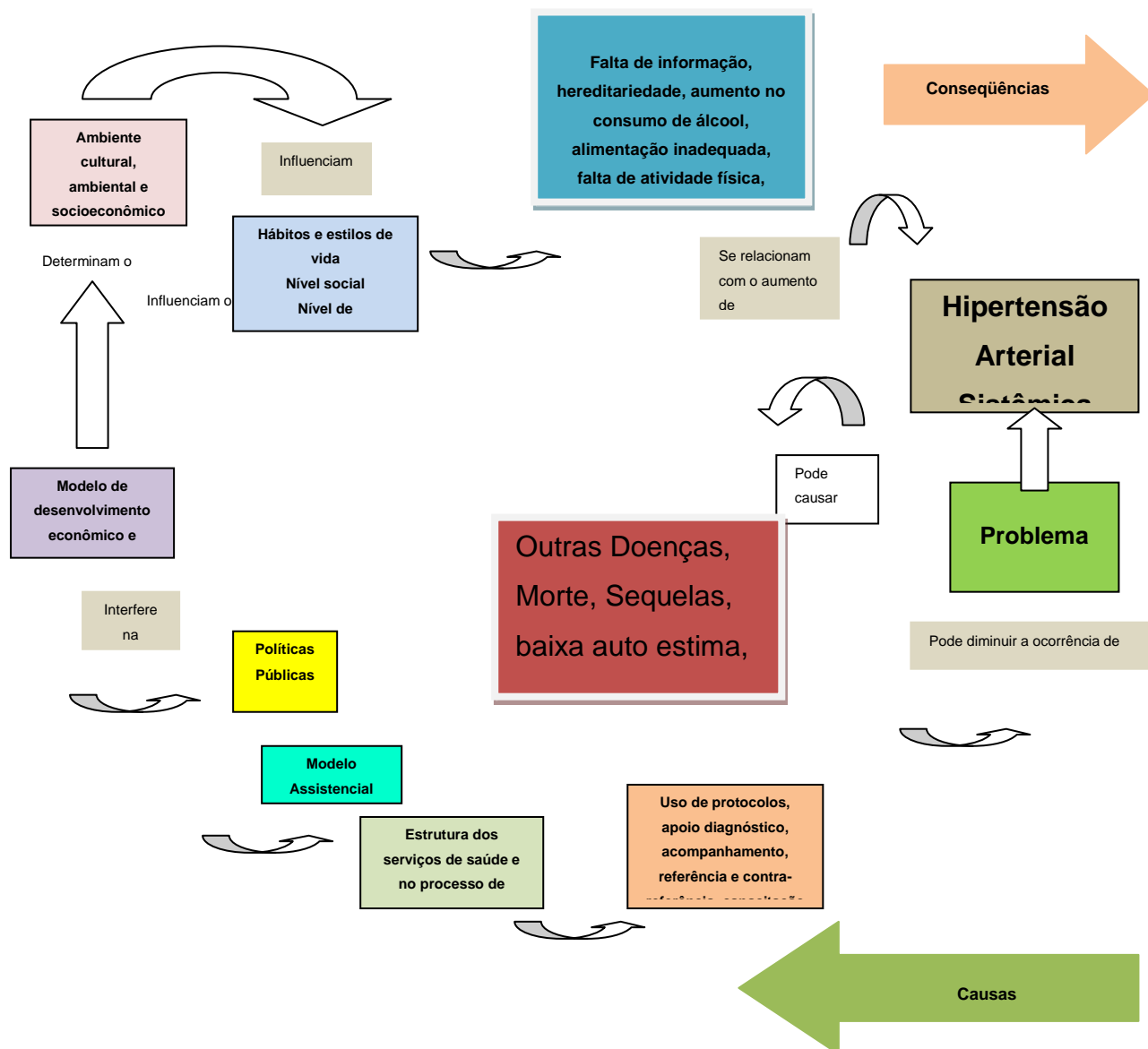
Após as reuniões realizadas pela equipe, definiu que os objetivos do plano de intervenção, dentro da governabilidade da equipe, são:

- Implantação de atividades de promoção à saúde com a temática HAS;
- Implantação do Grupo de Hipertenso/Diabéticos na ESF;
- Melhoria do serviço prestado aos pacientes com HAS;
- Proporcionar melhor controle dos pacientes com HAS.

4.3 Descrição e Explicação do problema selecionado

Foi identificada na Equipe UBS Jaqueline I- Anexo Ziláh a ausência do acompanhamento regular e eficaz dos hipertensos da área de abrangência. A equipe conta com cerca de 550 hipertensos, sendo que estes, estão aproximadamente há um ano sem acompanhamento através de grupos operativos ou atividades de promoção a saúde. Atualmente tem-se realizado apenas algumas consultas eletivas destes pacientes crônicos e troca de receitas durante as atividades de acolhimento. Devido à alta demanda de pacientes agudos; equipe incompleta, espaço físico inadequado, entre outros, as atividades não estão sendo devidamente realizadas. Assim, considera-se que, por ser a APS porta de entrada para estes agravos, torna-se imprescindível um acompanhamento adequado por parte dos profissionais para estes pacientes. Utilizou-se de revisão bibliográfica para apoiar este projeto de intervenção, além do planejamento da equipe.

4.4 Explicação do problema



4.5 Seleção dos nós críticos

- Desorganização da equipe em relação ao acompanhamento de seus hipertensos;
- Espaço Físico Inadequado;
- Excesso de Demanda para a equipe.

4.6 Desenho das Operações

No desenho das operações, pontuaram-se as soluções e estratégias para o enfrentamento dos nós críticos a partir de um plano de ação conforme as tabelas a seguir: Tabela 1: Desenho de operações – projeto de intervenção

Quadro 1: Desenho de Operações

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/ PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Desorganização da equipe em relação ao acompanhamento de seus hipertensos;	Organização da Equipe	Análise constante do processo de trabalho; Planejamento das ações de educação em saúde baseada em evidências; Aprimorar as habilidades profissionais. Organizar a equipe.	Profissionais qualificados, capacitados e preparados para realização de ações em educação em saúde e acompanhamento de seus hipertensos	<u>Organizacional:</u> Reuniões de equipe <u>Cognitivo:</u> pesquisa e aprendizado individual <u>Político:</u> oferta de cursos de capacitação pelo governo
Espaço Físico Inadequado	Readequar o <i>lay out</i> , distribuindo melhor a mobília e repensando a distribuição dos setores nos espaços já existentes.	Melhoria do Espaço Físico	Profissionais atendendo em melhores condições e pacientes com maior conforto e maior privacidade.	<u>Organizacional:</u> articulação entre os membros da equipe e gerência <u>Cognitivo:</u> sensibilização gerencial em relação ao nó crítico <u>Financeiro:</u> recursos para ampliação e melhoria do espaço físico.
Excesso de Demanda para a equipe.	Ampliação de Equipe.	Demanda adequada para a equipe	Melhoria da assistência prestada pela equipe	<u>Organizacional:</u> reuniões para sensibilização quanto a demanda da equipe, tabulação de dados. <u>Cognitivo:</u> Informação sobre o tema, elaboração e de propostas de melhorias <u>Político:</u> articulação com gerência e superiores para sensibilização em relação ao nó. <u>Financeiro:</u> Ampliação de equipe

4.7 Identificação dos recursos críticos

Quadro 2: Identificação de recursos críticos – projeto de intervenção

OPERAÇÃO/ PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS
Desorganização da equipe em relação ao acompanhamento de seus hipertensos;	<u>Político:</u> Oferta de cursos de capacitação pelo governo
Espaço Físico Inadequado	<u>Organizacional:</u> articulação entre os membros da equipe e gerência. <u>Cognitivo:</u> sensibilização gerencial em relação ao nó crítico. <u>Financeiro:</u> recursos para ampliação e melhoria do espaço físico.
Excesso de Demanda para a equipe	<u>Organizacional:</u> reuniões para sensibilização quanto a demanda da equipe e tabulação de dados. <u>Cognitivo:</u> Informação sobre o tema, elaboração e de propostas de melhorias. <u>Político:</u> articulação com gerência e superiores para sensibilização em relação ao nó. <u>Financeiro:</u> Ampliação de equipe

4.8 Análise de viabilidade do plano

Quadro 3: Viabilidade do plano – projeto de intervenção

OPERAÇÕES/ PROJETOS	RECURSOS CRÍTICOS	ATOR QUE CONTROLA OS RECURSOS	MOTIVAÇÃO DO ATOR	AÇÃO ESTRATÉGICA
Desorganização da equipe em relação ao acompanhamento de seus hipertensos	Político: oferta de cursos de capacitação pelo governo saúde	Gerente da Unidade	Favorável	Promover cursos, palestras e treinamentos com profissionais especialistas no assunto que não estejam vinculados a UBS para auxiliar na orientação do planejamento e organização da equipe.
Espaço Físico Inadequado	Organizacional: articulação entre os membros da equipe e gerência Cognitivo: sensibilização gerencial em relação ao nó crítico Financeiro: recursos para operacionalização e melhoria do espaço físico.	Membros da equipe Membros da equipe Governo	Favorável Favorável	Agendar reuniões com gerência direta. Reuniões com gerência direta para sensibilização. Aguardar retorno.
Excesso de Demanda para a Equipe	Organizacional: reuniões para sensibilização quanto a demanda da equipe, tabulação de dados. Cognitivo: Informação sobre o tema, elaboração e de propostas de melhorias Político: articulação com gerência e superiores para sensibilização em relação ao nó. Financeiro: Ampliação de equipe	Membros da equipe Membros da equipe Gerente Governo	Membros da equipe favorável Gerente da unidade indiferente Membros da equipe favorável Gerente da unidade indiferente Governo	Apresentar o material elaborado; Agendar reuniões Elaborar Material Continuar tentando sensibilização da gerência Aguardar proposta

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o primeiro nível de atendimento aos usuários do SUS e é conhecida como a porta de entrada dos serviços de saúde. É o local inicial onde a população busca solução para problemas de saúde, seja em práticas de promoção, prevenção, tratamento ou reabilitação. Considera-se que a APS assiste o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e “busca a promoção de sua saúde, a prevenção, tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver mais saudável” (BRASIL, 2007, p.22).

Nesse contexto, nasce em 1988 a Equipe de Saúde da Família (ESF), que tem a responsabilidade de zelar e ser co-responsável pela saúde da sua população adstrita. A equipe básica deve ser formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS). “A equipe deve realizar o diagnóstico, a programação e a implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, devendo priorizar solução dos problemas de saúde mais frequentes” (BRASIL, 2007, p.28).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) de 60% a 80% dos problemas crônicos podem ser tratados na APS.

Neste cenário encontramos a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que requer acompanhamento eficaz e permanente. Essas medidas devem reduzir ao máximo as complicações dessas comorbidades. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) em geral, a HAS em fase inicial pode não apresentar sintomas, o que determina baixa adesão ao tratamento farmacológico e não-farmacológico. O último, baseado na mudança de hábitos de vida, que demanda a participação ativa do indivíduo, é de difícil execução. Assim, o acompanhamento por equipes interdisciplinares e multiprofissionais torna-se imprescindível.

Outro fato importante colocado por Brasil (2001) é o de que doenças crônicas não-infecciosas podem determinar sequelas permanentes, que,

conforme dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) cerca de 40% das aposentadorias precoces decorrem dessas doenças (BRASIL, 2001).

Sendo assim, fica evidente que a Atenção Básica constitui-se como porta de entrada para a população, tendo como função detectar, diagnosticar, identificar lesões em órgãos-alvo e/ou complicações crônicas e tratar adequadamente a hipertensão arterial. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) aponta para a implementação de ações básicas de diagnóstico e controle destas condições, utilizando-se dos fatores de risco, nos diferentes níveis de atendimento da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no nível primário de atenção. Justifica-se assim, a importância da soma de esforços de todos os trabalhadores, que devem buscar a melhor condução possível desta patologia, buscando promover uma melhor qualidade de vida a seus portadores.

5.2 Definição de Hipertensão arterial sistêmica

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode ser definida como a condição clínica caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) classifica níveis elevados quando os valores ultrapassam o limite de 140/90 mmHg, definidos no III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Deve-se ressaltar que estes níveis elevados devem ser aferidos em dois momentos distintos.

Por ser a HAS uma patologia com alta prevalência e baixas taxas de controle, estabeleceu-se como um dos mais importantes problemas de saúde pública. No ano de 2001, quase 8 milhões de mortes no mundo foram vinculadas à elevação da PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

5.3 Epidemiologia da HAS

Em um estudo realizado por Assis, Barreto e Passos (2006), onde foram analisados estudos de prevalência de hipertensão no Brasil, de base populacional, em adultos, a partir de 1990, verificou-se que, cerca de 20% dos adultos apresentam hipertensão, sem distinção por sexo, mas também com evidente tendência de aumento com a idade.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) a hipertensão atinge cerca de 20% da população adulta com mais de 20 anos.

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública (...). Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010 p. 01).

Conforme colocado por Marte; Santos (2007) no Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano, e a HAS está incluída em quase 50% delas. Alguns estudos recentes demonstram que, entre os idosos, sua prevalência varia de 52% a 63%, permitindo-se assim, definir a HAS como um problema de saúde pública, conferindo ao paciente um alto risco cardiovascular.

5.4 Classificação da HAS

A pressão arterial é classificada pela Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010) em:

- Normal quando a pressão arterial sistólica é <120 mmHg e a pressão arterial diastólica PAD <80 mmHg;
- Hipertensão estágio 1 quando a pressão arterial sistólica se encontra entre 140-159 mmHg e a pressão arterial diastólica entre 90-99 mmHg;

- Hipertensão estágio 2 a pressão arterial sistólica >160 mmHg e a pressão arterial diastólica >100 mmHg.

5.5 Fatores de Risco, causais ou agravantes da HAS

A HAS possui fatores de risco que são considerados modificáveis e não-modificáveis conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010), que serão descritos a seguir.

Ainda para a Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010), o excesso de peso e obesidade podem ser modificados e estão associados à alta prevalência de HAS nos jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, o aumento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) traz um risco aumentado de desenvolvimento da HAS. Outro fator apontado é o aumento da ingestão de sódio, que tem sido relacionada à elevação da PA, fato observado no padrão alimentar brasileiro, rico em sal, açúcar e gorduras.

Outro fator observado é a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo, causando o aumento da PA e a mortalidade cardiovascular em geral. Na população brasileira, consumo excessivo de álcool se associa à ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O sedentarismo, tanto isolado como associado a outros fatores, é considerado como fator de risco, já que a prática de atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, assim como a mortalidade e o risco de doenças cardiovasculares. Outro fator que piora o quadro é o tabagismo, sendo sua cessação ou diminuição considerada como meio fundamental de prevenção de agravos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

São considerados pela Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010, p. 09) como fatores não modificáveis a:

- Idade: existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos.
- Gênero e etnia: a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de raça negra. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas.
- Genética: a contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população sem existir, portanto, variantes genéticas que possam ser utilizadas para prever o risco individual de se desenvolver HAS até o momento. Existem outros fatores de risco cardiovascular que frequentemente se apresentam de forma agregada à predisposição genética e aos fatores ambientais, que em conjunto tendem a contribuir para o desenvolvimento de HAS em famílias com estilo de vida pouco saudáveis.

Após a confirmação diagnóstica da HAS, deve-se avaliar o risco cardiovascular do indivíduo, que orienta a conduta terapêutica e o prognóstico desse paciente. Para a estratificação do risco cardiovascular, é necessário pesquisar a presença de fatores de risco, as doenças cardiovasculares e de lesões em órgão-alvo, conforme quadro abaixo. A classificação de risco de cada indivíduo deve ser avaliada pelo cálculo do escore de Framingham (BRASIL, 2006).

Para SÃO PAULO (2011), os fatores de Risco, causais ou agravantes da HAS encontram-se definidos conforme o quadro abaixo:

Quadro 4: Fatores de Risco, causais ou agravantes da HAS

É CAUSA OU FATOR DE RISCO PARA:	É AGRAVADA POR	É AINDA MAIS GRAVE SE ASSOCIADA A
Insuficiência cardíaca esquerda	Diabetes mellitus	LDL elevado
Infarto Agudo do Miocárdio	Obesidade/Sobrepeso	HDL baixo
Acidente vascular cerebral	Sedentarismo	Obesidade abdominal
Insuficiência renal crônica	Tabagismo	Hiperuricemia
Aneurisma e dissecção de aorta	Ingestão de sal	Alcoolismo ou abuso de drogas

Retinopatia hipertensiva	Anti-inflamatórios (AINES)	Raça negra, idade avançada, pobreza
--------------------------	-------------------------------	--

5.6 Diagnóstico da HAS

Segundo São Paulo (2011, p.14), a avaliação clínico-laboratorial do paciente hipertenso tem como objetivo:

Confirmar a elevação da pressão arterial; firmar o diagnóstico de hipertensão; identificar os fatores de risco para doenças cardiovasculares; avaliar lesões de órgão alvo; identificar doenças associadas à hipertensão; estratificar o risco cardiovascular do paciente e diagnosticar hipertensão arterial secundária em caso de suspeita clínica. Para atingir tais objetivos é fundamental o detalhamento da história clínica do paciente, exame físico, avaliação laboratorial básica e exames complementares.

5.6.1 A História Clínica do Paciente

Segundo São Paulo (2011) a história clínica do paciente deve conter:

- Identificação: sexo, idade, cor da pele, profissão e condição socioeconômica. - História atual: duração conhecida de hipertensão arterial e níveis de pressão de consultório e domiciliar, adesão e reações adversas aos tratamentos prévios. - Sintomas de doença arterial coronária, sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca, doença vascular encefálica, insuficiência vascular de extremidades, doença renal, diabetes mellitus, indícios de hipertensão secundária. - Fatores de risco modificáveis: dislipidemia, tabagismo, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, etilismo e hábitos alimentares não saudáveis.

- Avaliação dietética, incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, gordura saturada, cafeína e ingestão de fibras, frutas e vegetais. - Consumo pregresso ou atual de medicamentos ou drogas que podem elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento. - Grau de atividade física. - História atual ou pregressa de gota, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, pré-eclampsia/eclampsia, doença renal, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, disfunção sexual e apneia do sono. - Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade. - História

familiar de diabetes mellitus, dislipidemias, doença renal, acidente vascular cerebral, doença arterial coronariana prematura ou morte prematura e súbita de familiares próximos (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos).

5.6.2 O exame físico

Ainda segundo São Paulo (2011) o exame físico do paciente deve conter:

Sinais vitais: medida da pressão arterial e frequência cardíaca. -
Obtenção das medidas antropométricas: a) circunferências da cintura (C = no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca lateral) e do quadril (Q = ao nível do trocanter maior) e cálculo da relação cintura/quadril (C/Q). Limite de normalidade: mulheres: C = 88 cm e C/Q = 0,85; homens: C = 102 cm e C/Q = 0,95. b) obtenção de peso e altura e cálculo do índice de massa corporal [IMC = peso (kg) /altura² (m)]. Sobrepeso $25 \leq \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$ e obesidade $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ - Inspeção: fácies e aspectos sugestivos de hipertensão secundária. -
Pescoço: palpação e ausculta das artérias carótidas, verificação da presença de estase venosa e palpação de tireóide. - Exame do precórdio: íctus sugestivo de hipertrofia ou dilatação do ventrículo esquerdo; arritmias; 3^a bulha, que sinaliza disfunção sistólica do ventrículo esquerdo; ou 4^a bulha, que sinaliza presença de disfunção diastólica do ventrículo esquerdo, hiperfonese de 2^a bulha em foco aórtico, além de sopros nos focos mitral e aórtico. - Exame do pulmão: ausculta de estertores, roncos e sibilos. - Exame do abdome: massas abdominais indicativas de rins policísticos, hidronefrose, tumores e aneurismas. Identificação de sopros abdominais na aorta e nas artérias renais. -
Extremidades: palpação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos. A diminuição da amplitude ou o retardo do pulso das artérias femorais sugerem doença obstrutiva ou coarctação da aorta. Se houver forte suspeita de doença arterial obstrutiva periférica, determinar o Índice Tornozelo-Braquial (ITB). Avaliação de eventual edema. - Exame neurológico sumário. - Exame de fundo de olho: identificar estreitamento arteriolar, cruzamentos arteriovenosos patológicos, hemorragias, exsudatos e papiledema.

5.6.3 Avaliação laboratorial de rotina para o paciente hipertenso

De acordo com o Manual de Orientação Clínica - hipertensão arterial sistêmica (São Paulo, 2011), na avaliação laboratorial do paciente hipertenso incluem-se:

- Análise de urina - Potássio plasmático - Creatinina plasmática - calcular a taxa de filtração glomerular pela fórmula de Cockroff-Gault: $TFGE (ml/min) = [140 - idade] \times peso(kg) / creatinina \text{ plasmática (mg/dl)} \times 72$ para homens; para mulheres, multiplicar o resultado por 0,85. Interpretação - função renal normal: > 90 ml/min; disfunção renal leve: 60-90 ml/min; disfunção renal moderada 30-60 ml/min e disfunção renal grave:

Avaliação complementar para o paciente hipertenso: exames recomendados - Radiografia de tórax: recomendada para pacientes com suspeita de insuficiência cardíaca, para avaliação de comprometimento pulmonar e de aorta; - Ecocardiograma: hipertensos estágios 1 e 2 sem hipertrofia ventricular esquerda ao ECG, mas com dois ou mais fatores de risco; hipertensos com suspeita clínica de insuficiência cardíaca.

- Microalbuminúria: pacientes hipertensos diabéticos, hipertensos com síndrome metabólica e hipertensos com dois ou mais fatores de risco. - Ultrassonografia de carótidas: pacientes com sopro carotídeo, com sinais de doença cerebrovascular ou com doença aterosclerótica em outro território. - Teste ergométrico: suspeita de doença coronariana estável, diabetes ou antecedente familiar de doença coronariana em paciente hipertenso controlado. - Hemoglobina glicada: pacientes com glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dL (na impossibilidade de realização da hemoglobina glicada, realizar o teste oral de tolerância á glicose). - MAPA/MRPA e medida domiciliar segundo as recomendações convencionais para os métodos. - Outros exames: velocidade de onda de pulso (se disponível) - Investigação de hipertensão secundária, quando indicada pela história, exame físico ou avaliação laboratorial.

5.7 Processo de decisão terapêutica na hipertensão arterial

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.23), "para a adoção do esquema terapêutico adequado, "é necessária a confirmação diagnóstica da

hipertensão e a análise da estratificação de risco, a qual levará em conta, além dos valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos-alvo e o risco cardiovascular estimado”. A classificação do risco cardiovascular global individual dos pacientes em função do escore de risco de Framingham e da presença de lesão em órgãos-alvo é:

- **Risco baixo:** quando é considerado a ausência de fatores de risco ou risco pelo escore de Framingham baixo (<10%/10 anos e ausência de lesões em órgãos-alvo).

- **Risco moderado:** quando existe a presença de fatores de risco com risco pelo escore de Framingham moderado (10%-20%/10 anos), mas com ausência de lesão em órgãos-alvo.

- **Risco alto:** presença de lesão em órgãos-alvo ou fatores de risco, com escore de Framingham alto (> 20%/ano).

Pode-se considerar que existem duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida [perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, entre outras] e o tratamento medicamentoso. A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção de hipertensão e do manejo daqueles pacientes portadores de HAS. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) a forma mais adequada para tratar determinado paciente, levando-se em consideração a classificação do risco individual e os níveis pressóricos detectados na consulta inicial encontra-se no quadro abaixo.

Quadro 5: Decisão terapêutica segundo risco e pressão arterial

	Risco BAIXO	Risco MODERADO	Risco ALTO
Pré-hipertensão (120-139/80-89 mmHg)	MEV	MEV	MEV*
Estágio 1(140-59/90-99 mmHg)	MEV (até 12 meses)	MEV** (até 6 meses)	TM
Estágio 2 (≥160/≥100 mmHg)	TM	TM	TM

Fonte: Ministério da Saúde (2001)

MEV = Mudança de estilo de vida; TM = Tratamento Medicamentoso.

* TM se insuficiência cardíaca, doença renal crônica ou diabetes melito.

** TM se múltiplos fatores de risco.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010, p.24), “a decisão terapêutica deve ser baseada no risco cardiovascular considerando-se a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida, e não apenas no nível da pressão arterial”.

Ainda para a Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010, p.24):

A decisão terapêutica deve levar em conta a categoria de risco: sem risco adicional não tem indicação de tratamento medicamentoso isolado, no risco adicional baixo indicar tratamento não medicamentoso isolado por até 6 meses, se não atingir a meta, associar tratamento medicamentoso e no risco adicional médio, alto e muito alto indica-se tratamento não-medicamentoso mais medicamentoso.

Quadro 6: Metas a serem atingidas em conformidade com as características individuais

Categoria	Considerar
Hipertensos estágios 1 e 2 com risco cardiovascular baixo e médio	< 140/90 mmHg
Hipertensos e comportamento limítrofe com risco cardiovascular alto e muito alto, ou com 3 ou mais fatores de risco, DM, SM ou LOA	130/80 mmHg
Hipertensos com insuficiência renal com proteinúria > 1,0 g/L	130/80 mmHg

Fonte: Ministério da Saúde (2001)

Após a classificação de risco, a decisão terapêutica deverá ser aplicada conforme as classes de anti-hipertensivos disponíveis para uso clínico. (Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010).

5.7.1 Diuréticos

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010, p. 22):

O mecanismo de ação anti-hipertensiva dos diuréticos se relaciona inicialmente aos seus efeitos diuréticos e natriuréticos, com diminuição do volume extracelular. Posteriormente, após cerca de quatro a seis semanas, o volume circulante praticamente se normaliza e há redução da resistência vascular periférica. Esses medicamentos são eficazes no tratamento da hipertensão arterial, tendo sido comprovada sua eficácia na redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Para serem usados como anti-hipertensivos, são preferidos os diuréticos tiazídicos e similares, em baixas doses.

Os diuréticos de alça são reservados para situações de hipertensão associada à insuficiência renal com taxa de filtração glomerular abaixo de 30 mL/min/1,73 m² e na insuficiência cardíaca com retenção de volume. Em pacientes com aumento do volume extracelular (insuficiências cardíaca e renal), o uso associado de diurético de alça e tiazídico pode ser benéfico tanto para o controle do edema quanto da pressão arterial, ressaltando-se o risco maior de eventos adversos. Os diuréticos poupadores de potássio apresentam pequena eficácia diurética, mas, quando associados aos tiazídicos e aos diuréticos de alça, são úteis na prevenção e no tratamento da hipopotassemia. Seu uso em pacientes com redução da função renal poderá acarretar hiperpotassemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010, p. 22).

5.7.2 Inibidores adrenérgicos

Estes medicamentos atuam estimulando os receptores alfa-2 adrenérgicos pré-sinápticos no sistema nervoso central, reduzindo o tônus simpático, como fazem a alfametildopa, a clonidina e o guanabenz e/ou os inibidores dos receptores imidazolidínicos, como moxonidina e a rilmenidina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

5.7.3 Betabloqueadores

Eles têm em seu mecanismo anti-hipertensivo a diminuição inicial do débito cardíaco, redução da secreção de renina, readaptação dos barorreceptores e diminuição das catecolaminas nas sinapses nervosas. Betabloqueadores de geração mais recente (terceira geração) como o carvedilol e o nebivolol, diferentemente dos betabloqueadores de primeira e segunda gerações, também proporcionam vasodilatação, que no caso do carvedilol decorre em grande parte do efeito de bloqueio concomitante do receptor alfa-1 adrenérgico e no caso do nebivolol de aumento da síntese e

liberação endotelial de óxido nítrico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

5.7.4 Alfabloqueadores

Outra categoria de medicamentos são os alfabloqueadores, que apresentam efeito hipotensor discreto a longo prazo como monoterapia, devendo, portanto, ser associados com outros anti-hipertensivos. Podem induzir ao aparecimento de tolerância, o que exige uso de doses gradativamente maiores. Têm a vantagem de propiciar melhora discreta no metabolismo lipídico e glicídico e nos sintomas de pacientes com hipertrofia prostática benigna (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

5.7.5 Vasodilatadores diretos

Essa classe de medicamentos atua na musculatura da parede vascular, promovendo relaxamento muscular com conseqüente vasodilatação e redução da resistência vascular periférica. São utilizados em associação aos diuréticos e/ou betabloqueadores. Hidralazina e minoxidil são dois dos principais representantes desse grupo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

5.7.6 Antagonistas dos canais de cálcio

A ação anti-hipertensiva decorre da redução da resistência vascular periférica por diminuição da concentração de cálcio nas células musculares lisas vasculares. Apesar do mecanismo final comum, esse grupo é dividido em três subgrupos, com características químicas e farmacológicas diferentes: fenilalquilaminas, benzotiazepinas e diidropiridinas (SOCIEDADE BRASILEIRA

DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Além do controle medicamentoso, existem algumas modificações no estilo de vida que auxiliam no tratamento e, conseqüentemente, promovem uma redução da pressão arterial, conforme mostra a tabela abaixo.

Quadro 7: Algumas modificações de estilo de vida e redução aproximada da pressão arterial sistólica*

Modificação	Recomendação	Redução aproximada na PAS**
Controle de peso	Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 kg/m ²)	5 a 20 mmHg para cada 10kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta DASH.	8 a 14 mmHg
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais que 2g (5g de sal/dia) = no máximo 3 colheres de café rasas de sal = 3g + 2g de sal dos próprios alimentos	2 a 8 mmHg
Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo a 30g/dia de etanol para os homens e 15g/dia para mulheres	2 a 4 mmHg
Exercício físico	Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 vezes/semana, para prevenção e diariamente para tratamento	4 a 9 mmHg
<p>DASH, <i>Dietary Approaches to Stop Hypertension</i> * Associar abandono do tabagismo para reduzir o risco cardiovascular. ** Pode haver efeito aditivo para algumas das medidas adotadas.</p>		

Fonte: Ministério da Saúde (2001)

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010). Assim, os anti-hipertensivos devem além de reduzir a

pressão arterial, diminuir os eventos cardiovasculares fatais e não-fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade. A escolha do medicamento deve ser feita observando as indicações e contra-indicações de cada um. Deve-se explicar ao paciente que podem existir efeitos adversos e que a terapia pode ser modificada posteriormente se necessário (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1 Plano Operativo

Quadro 8: Plano Operativo

OPERAÇÃO	RESULTADO	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
Implantação de atividades de promoção à saúde com a temática HAS;	Criação de estratégias de promoção à saúde.	- Realizar ações de promoção e prevenção á saúde na população, orientando sobre a prevenção das doenças crônicas.	EQUIPE	6 MESES
Implantação do Grupo de Hipertenso/Diabéticos na ESF;	Grupo de Hipertensos/ Diabéticos Ativo	-Realizar levantamento dos pacientes com HAS/DM. Realizar agendamentos dos Grupos Operativos.	EQUIPE	1 ANO
Proporcionar melhor controle dos pacientes com HAS.	Acompanhar os pacientes através de arquivos rotativos	Criação do Arquivo rotativo e consequente acompanhamento da participação dos pacientes em grupos operativos/ consultas/ exames, etc.	Médico e enfermeiro	1 ANO

	Revisão dos planos terapêuticos utilizados pelos hipertensos	Revisão dos planos terapêuticos utilizados pelos pacientes, com consequente reajuste, parcerias com o NASF (nutrição, fisioterapia, psicologia, entre outros)	Médico e NASF	1 ANO
	Calibração dos esfigmomanômetros	Verificação semanal dos aparelhos e solicitação de substituição ou reparos quando necessário.	Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem	1 MÊS

6.2 Gestão do plano

Tem-se como objetivo o envolvimento de toda a equipe no processo de implantação e avaliação do projeto de intervenção. A equipe continuará se reunindo mensalmente para possíveis ajustes no plano e avaliação do mesmo.

A avaliação desta proposta irá subsidiar a melhoria do serviço. Será dada a devolutiva para o grupo por seus próprios componentes, onde se discutirão mudanças ou continuidade desta proposta. A comunidade assistida também será convidada a emitir sua opinião através de reuniões com a mesma e pesquisa de qualidade realizada pelo Profissional Posso Ajudar durante a procura espontânea dos usuários na UBS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme colocado por Silva *et al.* (2012), a Hipertensão Arterial Sistêmica deve ser diagnosticada e ter controle efetivo, em virtude da capacidade de desenvolvimento de complicações graves, como insuficiência cardíaca congestiva, doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, nefropatia hipertensiva, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva. Além disso, sabe-se que a HAS acomete cerca de 20% dos adultos no mundo e sua prevalência no Brasil varia de 22,3% a 43,9%, sendo de expressiva magnitude e exigindo cuidado e monitoramento na Atenção

Primária à Saúde no sentido de oferecer condições necessárias para o seu diagnóstico, tratamento e controle.

Mesmo com os avanços no tratamento das doenças cardiovasculares, o número de mortes por consequência da HAS continua crescendo e estima-se que em 2020, esteja liderando as estatísticas de causa-morte (BRASIL, 2001). Sendo uma doença crônica, infere-se que a APS seja a porta de entrada preferencial no sistema de saúde, sendo responsável pelo acompanhamento e desenvolvimento de ações para controle da hipertensão, por meio da interdisciplinaridade e ações intersetoriais. Para tanto, é necessário conformidade nas condições estruturais e processuais para a efetividade do cuidado em saúde.

Com a responsabilização da atenção primária pela prevenção de doenças e promoção a saúde, acredita-se que é seu papel atentar para os hipertensos da área de abrangência, buscando um melhor controle dos mesmos, desburocratização da assistência, melhoria do acesso, criação do elo entre pacientes hipertensos e equipe. Desta forma, espera-se que com este Projeto de Intervenção, a equipe consiga disponibilizar uma melhor assistência para estes pacientes, prevenindo agravos e melhorando a qualidade de vida dos mesmos.

REFERÊNCIAS

ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M.; PASSOS, V.M.A. Hipertensão Arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional.

Epidemiologia e serviços da saúde, v.15, n.01, p.35-45, 2006.

AZEVEDO, Ana Lucia Soares de *et al.* . Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, Set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM): protocolo**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8).

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P. de.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p.

MARTE, A. P.; SANTOS, R. D. Bases fisiopatológicas da dislipidemia e hipertensão arterial. **Revista Brasileira da Hipertensão**, v.14, n.4, p.252, 257, 2007.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Manual de Orientação Clínica hipertensão arterial sistêmica (HAS)**, 2011.

SILVA, C. M.; SILVA, F. R.; CAMPOS, L. G.; GONTIJO, T. L. Assistência ao hipertenso na atenção primária a saúde em Divinópolis, Minas Gerais: uma análise diagnóstica. **Revista RECOM.**, v.2, n.1, p.99-107, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq. Bras. Cardiol., v.95, n.1(supl.1), p.1-51, 2010.