



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**PEDRO NICOLAU BRAGA TEIXEIRA**

**COMO REALIZAR O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ALTO DOS YPÊS DO  
MUNICÍPIO DE MOGI GUAÇU – SÃO PAULO**

**MOGI GUAÇU – SÃO PAULO  
2014**

**PEDRO NICOLAU BRAGA TEIXEIRA**

**COMO REALIZAR O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ALTO DOS YPÊS DO  
MUNICÍPIO DE MOGI GUAÇU – SÃO PAULO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em  
Atenção Básica em saúde da Família pela Universidade Federal de São Paulo  
Orientador: Fabio Luís Giordani

**MOGI GUAÇU – SÃO PAULO  
2014**

## **AGRADECIMENTOS**

Com o fim desta nova etapa de aperfeiçoamento profissional no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, tenho alguns agradecimentos a fazer.

Primeiramente, a Deus, por iluminar meu caminho, por me proporcionar a sabedoria e os instrumentos necessários para alavancar esta conquista, pelo apoio nos momentos de dúvida e por me abençoar com o dom da ajuda, da perseverança e do conhecimento. Pela oportunidade de caminhar pelas infinitas estradas do saber e crescer profissionalmente.

Em especial também aos professores e colegas com quem pude conviver nesse caminho e que tanto contribuíram para o meu crescimento profissional. Ao querido Dr. Dênis, que se tornou um grande amigo nesta caminhada e à equipe de saúde da USF Alto dos Ypês com a qual pude trabalhar neste ano.

E principalmente pelo eterno apoio, confiança e ajuda que meus pais depositaram em mim, permitindo que eu alcançasse tudo aquilo que alcancei hoje.

“Existem dois momentos importantes na vida de uma pessoa. O primeiro é quando ela nasce. O segundo é quando ela descobre para que veio ao mundo.”

Anônimo

## **RESUMO**

A Hipertensão Arterial Sistêmica é, atualmente, a principal comorbidade que aflinge a população brasileira, estando presente em um a cada cinco brasileiros, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS). Apresenta elevada prevalência e baixas taxas de controle, não só no Brasil como, também em outros países. Apesar de haver dados que comprovam que não existe idade para o início de um quadro de Hipertensão Arterial Sistêmica, uma vez que alguns fatores podem favorecer a incidência da doença, sabe-se que a doença é mais comum em pessoas com idade superior a 50 anos. 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 Mogi Guaçu, PSF – Alto dos Ypês. O objetivo deste estudo foi elaborar uma proposta de intervenção com a finalidade de melhorar o controle e 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 Alto dos Ypês – Mogi Guaçu

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

## **SUMÁRIO**

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2 PROBLEMA .....</b>	<b>4</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>5</b>
<b>4 OBJETIVOS .....</b>	<b>7</b>
4.1 Geral.....	7
4.2 Específico.....	7
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>8</b>
<b>6 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>9</b>
6.1 Hipertensão Arterial.....	9
6.2 Hipertensão arterial no Brasil e no mundo.....	10
6.3 Atenção Primária em Saúde: protocolo para a hipertensão arterial sistêmica..	13
6.3.1 Diagnóstico.....	14
6.3.2 Exames Laboratoriais.....	15
6.3.3 Estratificação do Risco.....	16
6.3.3.1 Fatores de Risco Maiores .....	16
6.3.3.2 Lesão de Órgãos Alvo - Doença Cardiovascular Clínica .....	17
6.3.4 Tratamento.....	18
6.3.4.1 Medidas Não-Farmacológicas .....	20
6.3.4.2 Tratamento Farmacológico .....	20
6.3.5 Características dos Principais Anti-Hipertensivos.....	22
<b>7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>27</b>
7.1 Definição do Problema .....	27
7.2 Priorização de Problemas .....	28
7.3 Descrição do Problema Selecionado .....	28
7.4 Explicação do Problema.....	28
7.5 Seleção dos “nós críticos” .....	29
7.5.1 Objetivos Gerais .....	30
7.6 Plano de Intervenção .....	30

7.6.1 Pessoas responsáveis pelas ações .....	30
7.6.2 Estratégias a serem utilizadas nas ações.....	31
<b>8 CRONOGRAMA.....</b>	<b>32</b>
<b>9 RECURSOS NECESSÁRIOS.....</b>	<b>34</b>
<b>10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>35</b>
<b>11 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>37</b>
<b>12 ADENDOS.....</b>	<b>40</b>

## **1) INTRODUÇÃO**

As primeiras indicações da ocupação da região de Mogi Guaçu remontam ao início do Século XVII (Mogi Guaçu, Três Séculos de História, 1994, Ricardo Artigiani), quando mineradores de ouro, vindos de Jundiaí, invadem o reduto dos índios Caiapós, primitivos habitantes desta região e formam um povoado. Por volta do ano de 1740, o povoado é elevado a 1º Distrito da Freguesia de Nossa Senhora do Desterro de Jundiaí e em meados do ano de 1751 é instalada a Freguesia de Conceição do Campo que, dessa data em diante, passa a chamar-se Mogi Guassu. Em 09/04-1877, de acordo com a Lei Provincial nº 16, foi elevado à categoria de vila com a denominação de Mogi-Guassu, desmembrando-se de Mogi-Mirim. Cerca de 19 anos mais tarde, eleva-se à categoria de cidade com a denominação de Mogi-Guassu pela Lei Estadual nº 1.038 de 19/12/1906 e com o passar dos anos o município sofre uma série de desmembramentos em função dos processos de emancipação de vários de seus distritos (Estiva Gerbi e Martinho Prado) até que em 1999, em divisão territorial, aparece grafado como Mogi Guaçu, permanecendo assim até os dias de hoje

O Município de Mogi Guaçu situa-se no interior do estado de São Paulo, pertencendo, segundo classificação do IBGE (1939), a mesorregião administrativa de Campinas e microrregião de Mogi-Mirim. Está situado na Região Fisiográfica de Pirassununga – 19ª região, em parte da depressão periférica e no planalto arenítico basáltico, apresentando um relevo cortado pelo rio Mogi Guaçu e seus afluentes. Localiza-se em relação a capital do estado e outros pontos geográficos interessantes a 160 km de São Paulo, 67 km de Campinas, 546 km do Rio de Janeiro e a 884 km da capital federal Brasília. A sua população estimada, segundo os dados do IBGE é de 146.114 (Brasil, 2014)

Atualmente o Município de Mogi Guaçu 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 Guaçuana 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, e atualmente conta com cerca de 12 Unidades de Saúde da Família (USF), à saber: Fantinato I, Fantinato II, Suécia, Santa Terezinha, Santa Cecília, Zaniboni I, Zaniboni II, Chaparral, Chácara Alvorada, Alto dos Ypês, Hermínio Bueno, Eucaliptos e Centenário), 8 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e também contamos com o apoio de outros estabelecimentos de saúde como o Hospital Municipal Dr Tabajara Ramos, CAPS-AD, Centro de

Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Atendimento Infantil e do Adolescente, Centro de Atenção à Mulher (CAM), Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Guaçu, além de serviços de SAMU e Unidades de Pronto Atendimento, segundo dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNESnet) do Ministério da Saúde

É sabido que a ESF 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. (BRASIL, 2006)

É na USF Alto dos Ypês que estou atuando como médico do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), localizada no bairro Jardim Alto dos Ypês. O bairro teve origem através de um empreendimento imobiliário em parceria com a Caixa Econômica Federal, permitindo a migração de pessoas do próprio município.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) do Alto dos Ypês abrange um total de 04 microáreas, sendo 03 delas com cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Na área de abrangência da USF contamos com cerca de 1055 famílias cadastradas, com uma população total de 3485 pessoas, excetuando-se o número de pessoas vivendo em áreas de influência da USF (Condomínio Moacyr Guzani contando com 480 apartamentos) e de pessoas vivendo em áreas sem cobertura dos ACS (cerca de 1.080 lotes) . A maioria da população encontra-se na faixa etária ativa, entre 20 e 39 anos de idade, mas também contamos com um considerável contingente de dependentes, como crianças e população idosa. Além disto, ainda contamos com o apoio de 01 Associação de Bairros, 01 Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI), 01 Escola Municipal de Ensino Fundamental (EMEF), dentre outras.

Desde implantação do PFS Alto dos Ypês, de acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica observou-se um alto índice de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica nesta população assistida (SIAB, 2014)

Quando estudamos a unidade 15 pelo Ensino à Distância, de acordo com o site de ensino disponibilizado pelo UnaSUS, cursando disciplina de planejamento e avaliação das ações em saúde, realizou-se o diagnóstico situacional da população residente na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Alto dos Ypês e identificamos diversos problemas, mas ao priorizá-los, a hipertensão arterial foi aquela que mais se destacou, reafirmando os dados existentes no SIAB do município.



Os demais problemas identificados também serão objetos de intervenção pela equipe de saúde, mas neste momento, priorizaremos uma proposta de intervenção para reorganizar o atendimento dos portadores de hipertensão arterial, dada a relevância social que esta doença atingiu, demonstrada pelas altas taxas de morbimortalidade que acarreta e, por consequência gerando grande 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 este agravo será abordado como um problema de saúde pública, seus conceitos e classificações mais relevantes, além, das principais estratégias para controlá-la

## **2) PROBLEMA**

Como melhorar o controle, a adesão e o tratamento da Hipertensão Arterial na Unidade de Saúde da Família Alto dos Ypês do município de Mogi Guaçu - SP

### **3) JUSTIFICATIVA**

A Hipertensão Arterial atinge cerca de 15% da população adulta mundial, sendo considerada como um grave problema de saúde pública da atualidade, uma vez que quando incorretamente 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).

Após a realização do estudo sobre a área de abrangência da USF Alto dos Ypês, constatou-se que atualmente contamos com 1055 famílias divididas em quatro microáreas. Entre os problemas priorizados pela equipe durante a realização do estudo, se encontra a Hipertensão Arterial Sistêmica, destacando-se por ser a primeira morbidade em número de casos, registrados no SIAB, somando um total de 243 portadores até Abril de 2014

Durante os atendimentos médicos exercidos como profissional inserido na USF Alto dos Ypês pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), observou-se 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 e 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 Alto dos Ypês do município de Mogi-Guaçu, 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.

O grande objetivo deste trabalho será carência de estudos que avaliem a implantação da atenção ao paciente 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.

Por tanto, identifica-se a necessidade da incorporação na vida de nossos pacientes hipertensos da sua responsabilização pelo cumprimento do tratamento adequado prescrito, visando principalmente reduzir as complicações

oriundas da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e melhorar substancialmente a qualidade de vida de nossa população adscrita.

Ressaltamos também a necessidade dos hipertensos se conscientizarem da gravidade e complicações decorrentes 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 e estilos de vida, incorporação de exercícios físicos no cotidiano, inserção ao tratamento medicamentoso sugerido e ainda a adequação da alimentação.

## **4) OBJETIVOS**

### **4.1 Geral**

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

### **4.2 Específico**

Identificar as principais dificuldades na implantação do projeto de intervenção e da atenção à hipertensão arterial pela equipe de Saúde da Família da USF Alto dos Ypês localizada no município de Mogi-Guaçu – SP.

## **5) METODOLOGIA**

Este trabalho foi feito através de uma grande revisão bibliográfica visando levantar as publicações já existentes que exponha os motivos do baixo controle e da baixa adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

A pesquisa bibliográfica foi feita visando buscar às publicações mais recentes encontradas sobre o assunto abordado, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), em documentos publicados pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde e através de livros textos sobre o assunto específico.

Os descritores utilizados para a pesquisa nos bancos de dados citados acima foram:

Hipertensão;

Cardiopatias;

Protocolos;

Programa Saúde da família.

## **6) REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **6.1) Hipertensão Arterial**

De acordo com 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, cérebro, 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 HAS, mais comumente conhecido 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).

## **6.2) 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.

### 6.3) Atenção Primária em Saúde: protocolo para a HAS

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 de acordo com a medida casual dentro de consultório médico (em pacientes > 18 anos)

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

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

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.

### **6.3.1) 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.

### **6.3.2) 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.

### **6.3.3) 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:

#### **6.3.3.1) 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).

#### **6.3.3.2) 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

**Tabela 9.** Estratificação do risco cardiovascular global: risco adicional atribuído à classificação de hipertensão arterial de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas (Classe IIa, Nível C)

Outros fatores de risco ou doenças	Normotensão			Hipertensão		
	Ótimo PAS < 120 ou PAD < 80	Normal PAS 120-129 ou PAD 80-84	Limítrofe PAS 130-139 ou PAD 85-89	Estágio 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Estágio 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Estágio 3 PAS ≥ 180 PAD ≥ 110
Nenhum fator de risco	Risco basal	Risco basal	Risco basal	Risco baixo adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional
1 a 2 fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
≥ 3 fatores de risco, LOA ou SM – DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto

*DM: diabetes melito; LOA: lesão de órgãos-alvo; PAD: pressão arterial diastólica; PAS: pressão arterial sistólica; SM: síndrome metabólica.*

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010)

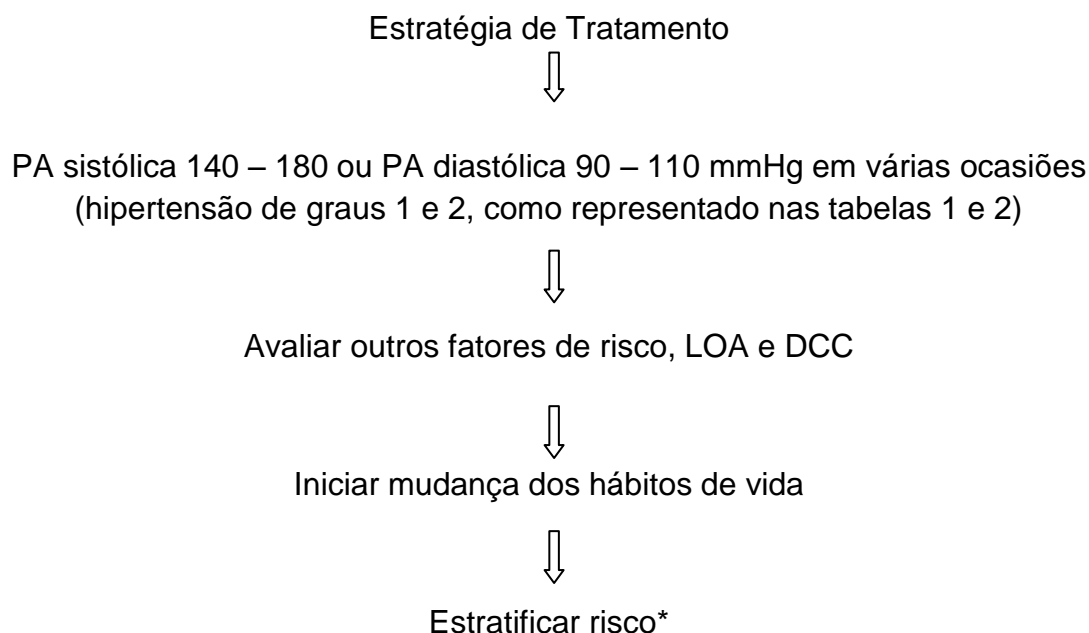
### 6.3.4) Tratamento

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).

#### **6.3.4.1 ) 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).

#### **6.3.4.2) 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).

### 6.3.4.3) 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.

**Tabela 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 Betabloqueadores	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, Alfas bloqueadores, diuréticos em baixas doses	Betabloqueadores	Betabloqueadores podem aumentar triglicérides e diminuir o HDL Reforçar mudanças do estilo de vida
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 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 anfetamina e hormônio tireoidiano (podem aumentar a PA)

Cardiopatía 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 VE	Todas as drogas podem ser usadas	Vasodilatadores diretos	Tratamento medicamentoso
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).

### 6.3.5) 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**

**1) Diuréticos Tiazídicos:**

<b>Droga</b>	<b>Dose diária (mg)</b>	<b>Efeitos colaterais</b>	<b>Precauções/considerações</b>
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

**2) Diuréticos de Alça:**

<b>Droga</b>	<b>Dose diária</b>	<b>Efeitos colaterais</b>	<b>Precauções/considerações</b>
Furosemida (Lasix)	40 a 120	Diuréticos de alça Hipocalemia Hiperuricemia Intolerância a glicose Hipercolesterolemia e Hipertrigliceridemia	Podem ser eficazes na insuficiência renal; Sensibilização a toxicidade digital; Pode precipitar gota

**3) Diuréticos Poupadores de Potássio:**

<b>Droga</b>	<b>Dose diária</b>	<b>Efeitos colaterais</b>	<b>Precauções/considerações</b>
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.
-----------	--------	--	---

#### 4) Simpatolíticos com ação na terminação nervosa:

Droga	Dose diária	Efeitos colaterais	Precauções/considerações
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.	Contraindicado em pacientes deprimidos

#### 5) Bloqueadores Beta- Adrenérgicos:

Droga	Dose diária	Efeitos colaterais	Precauções/considerações
Atenolol	25 a 100	Bloqueadores beta-adrenérgicos Bradicardia; 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	Bradicardia; 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

#### 6) Bloqueadores alfa-1 adrenérgicos

Droga	Dose diária	Efeitos colaterais	Precauções/considerações
Prazosin	1 a 20	Síncope na primeira dose; Hipotensão ortostática; Palpitação e fraqueza.	Utilizar com cuidado em pacientes idosos devido a hipotensão ortostática

## 7) Vasodilatadores de ação direta

<b>Droga</b>	<b>Dose diária</b>	<b>Efeitos colaterais</b>	<b>Precauções/considerações</b>
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

## 8) Vasodilatadores bloqueadores dos canais de cálcio

<b>Droga</b>	<b>Dose diária</b>	<b>Efeitos colaterais</b>	<b>Precauções/considerações</b>
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
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

## 9) Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina

<b>Droga</b>	<b>Dose diária</b>	<b>Efeitos colaterais</b>	<b>Precauções/considerações</b>
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).

## 7) PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

### 7.1) Definição do Problema

Através do diagnóstico situacional realizado pela equipe de saúde da família Alto dos Ypês, tem se uma área de abrangência de 3485 pessoas neste ano de 2014 e de acordo com levantamentos realizados no ano de 2014, 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**

<b>Morbidade Referida</b>	<b>Micro 1</b>	<b>Micro 2</b>	<b>Micro 3</b>
<b>Alcoolismo</b>	1	3	0
<b>Doença de Chagas</b>	1	1	0
<b>Deficiência</b>	1	0	1
<b>Epilepsia</b>	2	3	1
<b>Diabetes Mellitus</b>	19	31	27
<b>Hipertensão</b>	53	93	97
<b>Tuberculose</b>	0	1	0
<b>Hanseníase</b>	0	1	0
<b>Doença Mental</b>	0	0	0
<b>Malária</b>	0	1	0
<b>Gestantes</b>	5	7	9

\*A USF Alto dos Ypês se constitui de 04 microáreas, sendo 03 delas com cobertura de ACS e, devido a falta de dados, não detalhei as comorbidades acima para a área descoberta

Nota-se um claro predomínio das doenças crônicas na região, em especial a hipertensão arterial, diabetes mellitus, epilepsia e alcoolismo. Porém pode-se dizer que a USF Alto dos Ypês apresenta bons níveis de saúde, visto que na porcentagem de diabéticos e hipertensivos em cada microárea é menor do que a porcentagem nacional esperada para cada uma destas comorbidades,, que seria de 15% para a Hipertensão Arterial Sistêmica e de 08% para Diabetes Mellitus



## 7.2) 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 6 - Tratamento incorreto da hipertensão arterial**

<b>Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Capacidade de Enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
<b>Hipertensão Arterial</b>	Alta	Parcial	1
<b>Diabetes Mellitus</b>	Alta	Parcial	2
<b>Alcoolismo</b>	Alta	Parcial	3

## 7.3) 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.

## 7.4) Explicação do Problema

Para melhor entendimento do problema priorizado foi organizado uma lista de tópicos significativos, representados em sequência de acordo com a proposta de intervenção

- Nível de Informação
- Políticas Públicas
- Modelo Assistencial
- PSF
- Grupos de Palestras, atividades físicas e dieta para hipertensos e diabéticos da população adscrita
- Orientar sobre possíveis complicações e a importância do tratamento contínuo e associado, de preferência, à mudanças do estilo de vida
- Complicações cardiovasculares (AVE, IAM)
- Problemas físicos, emocionais, sociais e econômicos Redução do peso;
- Interrupção do tabagismo;

#### **7.5) 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.

#### **7.5.1) 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.

#### **7.6) Plano de Intervenção**

Para a realização do Plano de Intervenção serão selecionados os indivíduos hipertensos cadastrados no Programa da Saúde da Família do PSF Alto dos Ypês no período do ano de 2014 a 2015, somando um total de 423 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 utilizada 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.

##### **7.6.1) 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 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.

### **7.6.2) 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.

## 8) CRONOGRAMA

**Tabela 7- Plano operativo para o problema da HAS encontros para discutir o significado, importância e metodologia de desenvolvimento de Grupos Operativos**

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Ações/Atividades</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Cronograma</b>
<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</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/2015</p>

**Tabela 8 - Implantação um grupo formado por usuários hipertensos dentro da abordagem do Grupo Operativo**

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Ações/Atividades</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Cronograma</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implantar o trabalho com o grupo de usuários portadores de HAS.</li> <li>- Elaborar uma proposta de intervenção com a finalidade de melhorar a adesão do hipertenso ao tratamento medicamentoso</li> <li>- Avaliar os resultados obtidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir, junto com a equipe, os critérios de priorização e o número de usuários que serão convidados para o primeiro grupo.</li> <li>- Convidar os usuários para uma reunião de esclarecimento quanto à proposta e estabelecimento da adesão ao grupo.</li> <li>- Iniciar o processo de realização das reuniões com o grupo.</li> <li>- Promover reuniões de discussão, avaliação e análise do trabalho em desenvolvimento.</li> <li>- Elaborar um instrumento de avaliação de resultados.</li> <li>- Definir a continuidade e criação de novos grupos, a partir da avaliação realizada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe da ESF</li> <li>- Equipe da ESF</li> <li>- Equipe da ESF.</li> <li>- Equipe da ESF</li> <li>- Equipe da ESF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Outubro/2015</li> <li>Outubro/2015</li> <li>Outubro/2015</li> <li>Outubro e Novembro/2015</li> <li>Dezembro/2015</li> </ul>

## **9) RECURSOS NECESSÁRIOS:**

- Material de Consumo Básico
- Equipe de Saúde
- Sala de reuniões
- Ficha A
- Ficha Hiperdia
- Dados SIAB
- Convite formulado pela Equipe de Saúde
- Meios de comunicação através de jornais e rádio
- Meios de comunicação em missas e cultos evangélicos
- Ambiente adequado para ministrarmos as palestras
- Meios de transporte

## **10) 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 Alto dos Ypês 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 Alto dos Ypês, 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 – Alto dos Ypês

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.

## **11) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ARTIGIANI, Ricardo. Mogi Guaçu, Três Séculos de História, 2ª edição, Editora Pannartiz, São Paulo, 1994

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).

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 Card., 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.

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.

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](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 Preceptoria 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.

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.:

## **12) ADENDOS**

### **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
HÁ	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 )

Tabela 2- Estratificação do Risco e Quantificação do Prognóstico .

Tabela 3 - Tratamento de Pacientes Hipertensos

Tabela 4 - Características dos Principais Anti-Hipertensivos

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

Tabela 6- Tratamento incorreto da hipertensão arterial

Tabela 7 - Plano operativo para o problema da HAS encontros para discutir o significado, importância e metodologia de desenvolvimento de Grupos Operativos

Tabela 8 - Implantação um grupo formado por usuários hipertensos dentro da abordagem do Grupo Operativo



Secretaria de  
Gestão do Trabalho e da  
Educação na Saúde

Ministério  
da Saúde