

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

JOSE LUIS ARCE PERDIGON

**CONTROLE DE RISCO PARA DIMINUIR COMPLICAÇÕES DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UBS ANA CLARO DE
SOUSA. PRADOS, MG.**

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

2016

JOSE LUIS ARCE PERDIGON

**CONTROLE DE RISCO PARA DIMINUIR COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA UBS ANA CLARO DE SOUSA. PRADOS, MG.**

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

Orientador: Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

2016

JOSE LUIS ARCE PERDIGON

**CONTROLE DE RISCO PARA DIMINUIR COMPLICAÇÕES DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UBS ANA CLARO DE
SOUSA. PRADOS, MG.**

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

Orientador: Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

BANCA EXAMINADORA

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

Aprovado em Belo Horizonte em ____/____/____

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

2016

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica não transmissível com um elevado índice de prevalência no Brasil e no mundo todo, uma das causas de morbi mortalidade que mais afetam a população adulta, tanto direta quanto indiretamente por meio das muitas complicações que podem aparecer ao longo do padecimento da mesma. Como a maioria das doenças crônicas não transmissíveis tem como precursor a existência de fatores de risco, como sedentarismo, obesidade, hiperlipidemia, baixa taxa de adesão ao tratamento, hábitos alimentares inadequados, hábito de fumar, alcoolismo, etc. que são modificáveis e que podem causar a aparição tanto da doença quanto das suas múltiplas complicações. O presente trabalho foi realizado na micro área número oito da Unidade Básica de Saúde "Ana Claro de Souza" no Município Prados, MG no ano de 2015, teve como objetivo elaborar um programa de orientação aos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, para diminuir o risco de complicações desta doença tão frequente tanto em nossa comunidade em particular quanto no Brasil em geral, utilizando o método de Planejamento Estratégico em Saúde. Foram realizadas atividades coletivas, com a participação do médico da comunidade e os membros da Equipe de saúde da família e a população, para obter um impacto social em nossa área de abrangência, que permita atuar sobre os fatores de risco modificáveis da Hipertensão Arterial Sistêmica e conseqüentemente alcançar a diminuição da incidência desta doença e suas principais complicações.

Palavras chaves: Hipertensão Arterial Sistêmica. Doenças crônicas não transmissíveis. Fatores de risco modificáveis. Planejamento Estratégico em Saúde

ABSTRACT

The Hypertension is a chronic non-communicable disease with a high prevalence rate in Brazil and worldwide, one of the causes of morbidity and mortality that most affect the adult population, both directly and indirectly through the many complications that may appear over of the same ailment. Like most chronic diseases have as a precursor to the existence of risk factors such as physical inactivity, obesity, hyperlipidemia, low rate of adherence to treatment, poor eating habits, smoking, alcoholism, etc. which are modifiable and can cause the appearance of both the disease and its many complications. This work was carried out in micro area number eight of the Basic Health Unit "Ana Claro de Souza" in Prado's city, MG in 2015, aimed to develop a mentoring program to patients with systemic hypertension to reduce the risk complications of this very common disease in our community in particular and in Brazil in general, using the method of Strategic Planning in health. Collective activities were made with the participation of community medical and members of the health team of family and population, for a social impact in our coverage area, allowing work on the modifiable risk factors of Hypertension and consequently achieve the reduction in the incidence of this disease and its major complications.

Key words: Hypertension. chronic non-communicable diseases. Modifiable risk factors. Strategic Health Planning.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO-----	07
JUSTIFICATIVA-----	11
OBJETIVOS -----	12
METODOLOGIA-----	13
REVISÃO DA LITERATURA _____	14
PLANO DE INTERVENÇÃO-----	22
RESULTADOS-----	29
REFERENCIAS-----	30

1. INTRODUÇÃO

O presente projeto de intervenção propõe criar ações de controle sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), promovendo uma discussão acerca da associação de medidas educativas e o empenho das políticas públicas de saúde elaborando uma estratégia de intervenção para melhorar a qualidade de vida do paciente hipertenso.

A HAS é considerada uma doença crônica degenerativa e representa sério problema de saúde pública, considerando a sua ampla incidência em indivíduos adultos. Deve ser acompanhada ao longo de seu curso com medidas de controle que visem à qualidade de vida do portador e a prevenção de complicações (SMELTZER e BARE, 2006).

A HAS, mais popularmente chamada de "pressão alta", está relacionada com a força que o coração tem que fazer para impulsionar o sangue para o corpo todo. No entanto para ser considerado hipertenso, é preciso que a pressão arterial além de mais alta que o normal, permaneça elevado (CICCO, 2007).

Smeltzer e Bare (2006) enfatizam que, uma vez identificada, a pressão arterial elevada deve ser monitorada a intervalos regulares, porque a hipertensão é uma condição para o resto da vida. Tendo como meta do tratamento evitar a morte e as complicações ao atingir e manter a pressão arterial mais baixa que 140/90 mmHg.

Sabe-se que, toda mudança requer um processo educativo, e esse se dá de uma forma lenta e deve ser contínuo. Assim, as ações desenvolvidas pelos profissionais que trabalham com esses pacientes, devem atender às necessidades de cada um, à medida que se tenta manter o tratamento por longo período (ALMEIDA, 2004).

Para a implementação de ações, o profissional deve procurar conhecer a história do paciente individualmente, de forma a elaborar estratégias que possam contribuir para adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (SOUZA, 2003).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2006), a prevalência estimada de HAS no Brasil atualmente é de 35% na população acima de 40 anos. Isso representa em números absolutos um total de 17 milhões de portadores da doença, segundo estimativa de 2004 do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). Cerca de 75% dessas pessoas recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento na Atenção Básica. O diagnóstico da HAS é estabelecido pelo encontro de níveis tensionais acima dos limites superiores da normalidade (140/90 mmHg) quando a pressão arterial é determinada através de metodologia adequada e em condições apropriadas (ORQUIZA, 2007).

O povoado que deu origem a Prados, surgiu nos primórdios do século XVIII, por volta de 1704, quando dois irmãos bandeirantes, Manoel e Félix Mendes do Prado, chegaram aqui com uma comitiva de Taubaté. A notícia do ouro fácil atraiu muitos paulistas para a região.

Entretanto, com o empobrecimento das minas e a escassez do ouro, a propriedade da terra começou a atrair, verificando-se uma alternância na atividade dos antigos bandeirantes, surgindo os primeiros sesmeiros da região. Data daí o desenvolvimento urbano de Prados, ao longo dos séculos XVIII e XIX.

O povoamento que até então se formou, teve rápido crescimento com a influência dos forasteiros que aqui chegavam a procura de ouro, e, sobretudo, por ser passagem de tropas e boiadas que do centro de Minas dirigiam-se para a Zona da Mata.

A localidade de Prados pertenceu à vila São José Del Rei, atual Tiradentes, até 1890, emancipada pelo decreto estadual número 41 de 15 de abril. O município foi instalado em 1891. Neste mesmo ano, foram lhe conferidas as regalias de comarca pela lei estadual número 23 de 24 de maio.

A "Cidade da Música", como é mais conhecida, é também Berço de Inconfidentes. Temos consciência de que aqui nasceu boa parte da história das Minas Gerais. Está localizado na região sudeste de Brasil a 904 km de Brasília, DF e 182 km ao sul de Belo Horizonte. MG conta com uma área territorial de 264,115 km², no ano 2014 a

população estimada era de 8.865 habitantes, para uma densidade demográfica de 31,9 hab./km² e uma taxa de envelhecimento de 8,7%.

A rede da Atenção Básica de saúde conta com uma Unidade de atenção à saúde mental (bem viver), uma Academia de saúde, uma Farmácia centralizada (farmácia de minas), um Consultório odontológico, três Salas de vacinas, três Salas de fisioterapia e três Postos de saúde (UBS de Centro, com 3.583 usuários (42,2%), UBS Vitoriano Veloso, com 2.170 usuários (25,6%) e UBS Ana Claro de Souza, com 2.734 usuários (32,2%).

A UBS Ana Claro de Souza formada tem uma ESF: "Vale tudo", localizada no bairro Pinheiro Chagas, integrada por 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem, 1 odontologista, 1 assistente de odontologia, 1 fisioterapeuta, 5 agentes comunitárias de saúde e 1 médico. O horário de funcionamento é de segunda a sexta de 7.00 AM até 11 horas, e das 13 horas até às 17 horas.

A área de abrangência da UBS é no bairro Pinheiro Chagas atendendo um total de 831 famílias / 2734 habitantes, de los 1366 corresponde ao sexo masculino, o que representa 49,26% e 1368—_ao sexo feminino o que representa 50,74% do total da população cadastrada.

O número de famílias cadastradas na UBS é de 831, os níveis de alfabetização têm de 7-14 A na escola 312 para 98.73 % e de 15 A e + Alfabetizados 2104 para um 96,34 %. Contamos com pessoas cobertas com plano de saúde 761 para um 27.83 %, bolsa de família 41 para um 4,93 %.

O abastecimento de água na comunidade é adequado, 700 famílias estão conectadas à rede pública (84,24%) e na área rural 117 famílias usam a água de poço ou nascente, o método de tratamento da água utilizado com maior frequência é a filtração, 809 famílias (97,35%). Em relação ao lixo a situação é favorável, 733 famílias utilizam a coleta de lixo público e apenas 87 famílias utilizam a queima ou enterram o lixo (SIAB, 2014).

Na UBS Ana Claro de Souza 471 usuários sofrem de hipertensão arterial sistêmica, representando 21,75% da população maior de 15 anos (SIAB, 2014), Principalmente por hábitos e estilos de vida inadequados.

Identificação dos problemas na UBS Ana Claro de Souza, Souza, Prados, MG.

- Alta prevalência de Hipertensão Arterial.
- Alta prevalência de Diabetes Mellitus.
- Alta dependência a psicofármacos.
- Hiperlipidemia.
- Baixa adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento.
- Baixo nível cultural da população.

Priorização dos problemas

Quadro 4- Priorização dos Problemas da UBS Ana Claro de Souza, Prados, Minas Gerais, 2015.

Principais problemas	Importância.	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de Hipertensão Arterial.	Alta	5	Dentro	1
Alta prevalência de Diabetes Mellitus	Alta	4	Dentro	2
Baixa adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento	Alta	5	Dentro	2
Hiperlipidemia	Alta	4	Dentro	2
Alta dependência a psicofármacos	Alta	3	Dentro	3
Baixo nível econômico e cultural da população.	Média	2	Fora	3

Fonte: Autoria Própria.

2. JUSTIFICATIVA

A HAS é um problema grave da saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável pelo menos de 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com a diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de HAS (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população rural adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (BRASILb, 2006).

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial (BRASILb, 2006).

Oliveira (2004) enfatiza que a HAS somente passa a provocar sintomas quando os órgãos-alvo começam a não mais suportar as alterações que sofreram para se adaptar aos níveis tensionais elevados. Entretanto, tais alterações não são precoces, surgem geralmente após mais de dez anos de presença da doença através de complicações graves, fato justificado pela evolução assintomática que a HAS apresenta. Infere ainda o autor, que se deve ter como objetivo uma conduta preventiva que pode ser conseguida mediante o diagnóstico precoce e o tratamento da HAS. A adesão ao tratamento pode ser caracterizada como o grau em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas de acompanhamento, coincide com o conselho médico ou de saúde.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- ❖ Elaborar um programa de orientação aos pacientes com HAS assistidos na UBS Ana Claro de Souza, cidade de ~~Prados, MG~~Prados, MG para diminuir o risco de complicações.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Fornecer ações de saúde dentro e fora da unidade que garantam o conhecimento da população sobre prevenção da doença;
- ❖ Propor intervenções que diminuam possíveis fatores de riscos modificáveis que incrementam a incidência de hipertensão arterial na população.

4. METODOLOGIA

Primeiramente, foi realizado o diagnóstico situacional para identificar os problemas relativos à comunidade pertencente à ESF “Vale todo” através do método de estimativa rápida. Os dados foram coletados das seguintes fontes: registros da Unidade de saúde e de fontes secundárias como Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Posteriormente à realização do diagnóstico situacional, propôs-se a construção de um plano de ação para o enfrentamento do problema levantado pela Equipe de Saúde, baseado no método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). Em reuniões de equipe, verificamos os problemas mais comuns da comunidade e em seguida priorizamos o problema: hipertensão arterial, foi escolhida a micro área 8 que tem o maior número de pacientes portadores da doença e a partir da sua importância e da nossa capacidade de enfrentamento descrevemos o problema e a elaboração de estratégias para combatê-la. Realizou-se revisão de literatura de textos do Ministério da Saúde, da OMS e artigos científicos publicados no período 2000-2015.

5. REVISÃO DA LITERATURA

A elevação prolongada da pressão arterial lesiona os vasos sanguíneos por todo o corpo, principalmente em órgãos-alvo, como o coração, rins, cérebro e olhos, além de provocar espessamento e perda de elasticidade das paredes arteriais e aumento da resistência vascular periférica nos vasos acometidos. As consequências usuais da hipertensão descontrolada prolongada são o infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e renal, acidentes vasculares cerebrais e visão prejudicada. O ventrículo esquerdo do coração pode ficar aumentado (hipertrofia ventricular esquerda), à medida que age para bombear o sangue contra a pressão elevada (POTTER e PERRY, 2001; SMELTZER e BARE, 2006).

Fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica

- Genéticos

Em relação aos fatores genéticos, sabe-se que independentemente de estar estabelecido como fatores de risco não existem variáveis genéticas para prever o risco individual. (QI, et al 2012).

- Idade

A prevalência de HAS aumenta linearmente com o envelhecimento, atingindo percentual superior a 60% em indivíduos acima de 60 anos. (DIRETRIZESa, 2010)

- Gênero e etnia

Indivíduos do sexo masculino apresentam maior prevalência de HAS que mulheres até os 50 anos de idade. A partir dessa faixa etária, as mulheres apresentam significativo incremento na prevalência de HAS. (LEITE, 2005; SHERIDAN e CRESPO, 2008; LEWINGTON, 2002 e BRASILa, 2008). Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca, especialmente nas mulheres. (BRASILb, 2006)

- Sobrepeso e obesidade

O excesso de peso e a obesidade se associam com maior prevalência de HAS desde idades jovens. (BRINDLE, 2006) Nos EUA, a obesidade contribui em até 75% para os casos de HAS. (GRUNDY et al, 2005)

- Ingestão de sal

Ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada ao desenvolvimento de HAS. (ISAACSOHN et al, 2002) Indivíduos normotensos com elevada sensibilidade à ingestão de sal apresentaram incidência cinco vezes maior de HAS em 15 anos, quando comparados àqueles com baixa sensibilidade. A população brasileira apresenta padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Ademais, o efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido bem demonstrado. (WALLIS et al, 2000)

- Uso excessivo de álcool

Ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. O consumo excessivo de etanol (>30 g/dia) se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas. (RONZANI e FURTADO, 2010)

- Sedentarismo

A atividade física regular reduz a incidência de HAS, bem como a mortalidade e o risco de doenças cardiovasculares (DCV), mesmo em indivíduos pré-hipertensos. (DIRETRIZESa, 2010)

- Fatores socioeconômicos

A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil, a HAS é mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade. (DIRETRIZESa, 2010)

Rastreamento, diagnóstico e classificação da HAS. (DIRETRIZESa, 2010)

- Rastreamento

Para o rastreamento da HAS na população adulta, recomenda-se a medida anual da PA.

- Diagnóstico em adultos

No adulto, a HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados da pressão arterial por medidas casuais. A medida da pressão arterial deve ser realizada em toda a avaliação por médicos e demais profissionais de saúde. O

diagnóstico de HAS é baseado na média de duas ou mais medidas aferidas em duas ou mais visitas ao consultório.

Segundo as Diretrizes(2010) os procedimentos recomendados para a medida da pressão arterial são:

1. Preparo do usuário:

Explicar o procedimento ao usuário e deixá-lo em repouso pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Ele deve ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.

2. Certificar-se de que o usuário NÃO:

- a) Está com a bexiga cheia;
- b) Praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos;
- c) Ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos (estes últimos em quantidades significativas);
- d) Fumou nos 30 minutos anteriores.

3. Posicionamento do usuário:

Deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

Diagnóstico em idosos

Nos idosos, recomenda-se a verificação da pressão arterial na posição sentada, deitada e em pé, já que alterações ateroscleróticas nas regiões dos seios carotídeos podem reduzir a sensibilidade dos barorreceptores, ocasionando maior variabilidade da pressão arterial nos idosos e redução dos reflexos posturais, o que os predispõe à hipotensão ortostática. (DIRETRIZESa, 2010)

Uso de fármacos como diuréticos, antidepressivos, vasodilatadores, betabloqueadores e maior frequência de insuficiência vascular cerebral podem também ocasionar hipotensão ortostática.

A hipertensão do avental branco (HAS-AB) ou de consultório é a condição em que a pressão se eleva no consultório, porém se mantém normal durante as atividades rotineiras. Cerca de 30% dos idosos apresentam essa condição, que pode ser avaliada pela monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) ou pela monitorização residencial da pressão arterial (MRPA). Na hipertensão mascarada (HAS-M), ocorre o contrário, a pressão se mantém alta nas atividades rotineiras e normal no consultório. Pode também ser avaliada pela MAPA ou MRPA. (DIRETRIZESb, 2011)

- Classificação

Quadro: 1. Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório em maiores de 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. mmHg = milímetro de mercúrio		

. Fonte: (DIRETRIZESa, 2010)

Avaliação clínica inicial. (DIRETRIZESa, 2010)

- Confirmar o diagnóstico de HAS;
- Identificar fatores de risco cardiovasculares;
- Pesquisar lesão em órgãos-alvo;
- Pesquisar doenças associadas;
- Estratificar risco cardiovascular global;
- Avaliar indícios de hipertensão arterial resistente

A avaliação clínica se inicia com uma anamnese detalhada, com atenção redobrada no início da HAS, tratamentos prévios já realizados, fatores de risco, indícios de HAS secundária, busca de lesões em órgãos-alvo já conhecidas, aspectos socioeconômicos, estilo de vida, uso de outras medicações ou drogas que possam influenciar no tratamento da HAS, como descongestionantes nasais, corticoides, anti-inflamatórios, entre outros. (DIRETRIZESa, 2010)

A lesão de órgãos-alvo agrava o risco cardiovascular associado à HAS. O estadiamento, a presença de lesão em órgão-alvo e a avaliação de fatores adicionais de risco cardiovascular são utilizados para determinar o risco total e planejar o tratamento (medicamentoso versus não medicamentoso). (DIRETRIZESa, 2010)

Aliado à anamnese reforçasse a igual importância de um exame físico minucioso, com medida do peso corporal e da circunferência abdominal interferindo no risco cardiovascular, conforme comentado anteriormente. A busca de sinais sugestivos de lesão em órgãos-alvo e de hipertensão secundária deve ser incentivada, assim como o exame de fundo de olho associado com medida da acuidade visual, especialmente em hipertensos estágio três com lesão em órgão-alvo ou usuários com diabetes. (DIRETRIZESa, 2010)

A observação ao eletrocardiograma (ECG) de hipertrofia ventricular esquerda (HVE) e/ou de infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio indica comprometimento cardíaco (HVE) ou lesão (IAM). A ocorrência de retinopatia, sinais de comprometimento cardíaco, sopros, sinais neurológicos consistentes com AVC e a diminuição ou ausência de pulsos periféricos são achados de exame físico de lesão de órgão-alvo. A redução da pressão arterial diminui significativamente a ocorrência de desfechos cardiovasculares. (VERDECHIA et al, 2010). A taxa de filtração glomerular (TFG) estimada menor de $60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ indica a presença de DRC. Caso se mantenha em um período igual ou maior que três meses, aliado ou não às alterações urinárias (albuminúria, hematúria ou piúria). A ocorrência de diminuição da TFG e/ou albuminúria aumenta o risco de doença cardiovascular. (BASTOS et al e HEMMELGAM et al, 2010).

Salienta-se que, para detecção da doença vascular periférica (DVP), a medida do índice tornozelo braço (ITB) deverá ser realizada. Valores menores que 0,9 são indicativos de DVP. (ROOKE et al, 2011). Na detecção de valores anormais, referenciar ao especialista.

Quadro: 2. Dados de história clínica e comentários relevantes na avaliação de hipertensos

Dados da história clínica	Comentários
Idade do início, duração e curso clínico da HAS	Início em usuários jovens (60 anos) pode indicar a presença de HAS secundária
Tratamento prévio da HAS, resposta terapêutica	Útil no planejamento da estratégia terapêutica
Medicações que possam influenciar na PA (contraceptivos orais, simpaticomiméticos, esteroides adrenais) ou dieta com excesso de sal	Fatores modificáveis que podem reduzir a PA sem o emprego de medicamentos
História familiar de HAS, doença ou óbito prematuro por doença cardiovascular, doença renal, diabetes ou feocromocitoma	Importante no diagnóstico de HAS primária e avaliação de risco cardiovascular
Sintomas sugestivos de causas secundárias	Importante para determinar a investigação de componentes específicos que contribuem para elevação da PA
Sintomas de lesão de órgão alvo (p. ex., cefaleia, fraqueza ou cegueira transitória, diminuição da acuidade visual, dor torácica, dispneia ou claudicação)	Utilizado para avaliar possível lesão de órgão-alvo; funciona como um guia grosseiro para a gravidade da HAS
Outros fatores de risco (p. ex., tabagismo, diabetes, dislipidemia ou sedentarismo)	Fatores modificáveis que contribuem para o risco cardiovascular
Estilo de vida (p.ex., ingestão de sal, álcool e gordura saturada; estresse no trabalho; achados de apneia do sono)	Fatores modificáveis que contribuem para elevação da PA

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.

Exames complementares

Uma investigação complementar inicial básica é indicada para todos os usuários hipertensos.

Quadro: 3.Avaliação complementar inicial básica do hipertenso recomendada pela SES/MG e comentários relevantes

Avaliação	Comentários
Análise de urina (simples)	Albuminúria se associa com risco aumentado de DCV, HAS, DRC. Albuminúria e/ou hematúria e/ou piúria pode ser o primeiro sinal de doença renal secundária à HAS
Hemoglobina ou hematócrito	Anemia é fator de risco para DCV, preditor de morte na IC e fator agravante da DRC
Potássio plasmático	Baixos níveis de potássio podem indicar excesso de aldosterona. (investigação de HAS secundária).
Creatinina plasmática	Possibilita estimar a TFG
Glicemia jejum	Permite identificar intolerância à glicose e diabetes mellitus
Colesterol total, HDL-colesterol, Triglicérides*.	A dislipidemia é duas vezes mais prevalente nos hipertensos
Eletrcardiograma (ECG)	HVE é fator de risco cardiovascular independente. Prioriza o diagnóstico de HVE I.
Onde: * O LDL-C (colesterol LDL) é calculado pela fórmula: $LDL-C = \text{colesterol total} - (\text{Colesterol HDL} + \text{triglicérides}/5)$ (quando a dosagem de triglicérides for abaixo de 400 mg/dL); DCV = doença cardiovascular; HAS= hipertensão arterial; DRC = doença renal crônica; IC = insuficiência cardíaca; TFG = taxa de filtração glomerular; HVE = hipertrofia ventricular esquerda	

Fonte: Adaptado de VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.

Uma avaliação adicional é orientada para detectar lesões clínicas ou subclínicas com o objetivo de melhor estratificação do risco cardiovascular. Está indicada na presença de elementos indicativos de doença cardiovascular e doenças associadas, em usuários com dois ou mais fatores de risco e em usuários acima de 40 anos de idade com diabetes mellitus. (DIRETRIZESa, 2010)

Estratificação de risco cardiovascular

A SES/MG denominou a estratificação de risco cardiovascular de D'Agostino et al. (2008) como "Framingham Revisado" e recomenda a utilização dessa escala para realizar a estratificação de risco cardiovascular em usuários hipertensos (2012).

Tratamento

- Tratamento não medicamentoso:

O tratamento não medicamentoso constitui uma medida fundamental na abordagem da HAS, além de potencializar o tratamento medicamentoso. As ações de prevenção da HAS (ações de nível 2) têm impacto na melhoria da qualidade de vida e no controle dos custos gerados pelo tratamento da hipertensão e de suas complicações. Essas ações objetivam estimular mudanças no comportamento e no estilo de vida, reduzindo a exposição individual e coletiva aos fatores de risco implicados no surgimento da HAS. (HE et al, 2000), as principais estratégias se relacionam à redução do consumo de sal e de álcool, redução do peso corporal, abordagem diagnóstica e terapêutica da apneia do sono, realização de exercícios físicos regularmente, combate a fatores estressores, eliminar hábito de fumar, entre outros.

- Tratamento medicamentoso

Em usuários hipertensos estágio 1, sem fatores de risco ou com baixo risco adicional de doença cardiovascular, o tratamento não medicamentoso isolado por até 6 meses se associa com controle da pressão arterial. Os demais usuários se beneficiam do tratamento não medicamentoso associado ao tratamento medicamentoso a partir do diagnóstico da HAS.

As abordagens terapêuticas do hipertenso. Estudo de desfechos clinicamente relevantes demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com diuréticos. (BARNET et al, 2004). Betabloqueadores (COOPER et al 2006). Inibidores da enzima conversora da angiotensina.(BRENNER et al,2001), bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II. (HERAN et al 2008).e com antagonistas dos canais de cálcio, embora a maioria dos estudos utilizem associação de anti-hipertensivos.

O controle da PA, independentemente da classe medicamentosa, associa-se com diminuição de morbimortalidade cardiovascular. (BELO HORIZONTE, 2013).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 PA. (BRASILb, 2006)

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Após o análise do problema selecionado para o desenvolvimento de nosso trabalho, foram debatidos os nós críticos que poderiam dificultar a realização das ações encaminhadas à solucioná-lo. Identificamos que eles são em primeiro lugar o pouco conhecimento dos usuários sobre a doença, dado pelo baixo nível informativo à população em segundo lugar tem os hábitos e estilo de vida pouco saudáveis da nossa população, fator muito arraigado na comunidade em geral e em terceiro lugar a falta ou déficit no funcionamento dos grupos operativos, encargados de transmitir à população toda a informação e as orientações referentes à doença em questão. Para dar resolutividade aos nós críticos, foi feito um trabalho em equipe, com a participação das agentes comunitárias enfermeira, técnicas de enfermagem, nutricionista, psicóloga e médico da UBS.

Quadro 5- Desenho das operações para os nós críticos. Proposta de intervenção para controle da HAS na UBS Ana Claro de Souza, Prados, Minas Gerais, 2015.

Nós críticos	Operação	Resultados esperados	Produto esperado	Recursos necessários
Nível de informação (pouco conhecimento do usuário sobre a doença) <u>Responsável:</u> medico e enfermeira.	“Saber +” Aumentar o conhecimento dos usuários sobre HAS	O usuário torna-se mais bem informados quanto à como prevenir as complicações da doença.	Aumento de informação sobre a HAS, como controla-la e prevenir as complicações	<u>Cognitivos:</u> conhecimento sobre o tema. <u>Político:</u> parceria. <u>Financeiros:</u> disponibilização de materiais educativos.
Hábitos e estilo de vida da população pouco saudável. <u>Responsável:</u> Nutricionista e psicóloga.	“Cuidar melhor, + saúde” melhorar os hábitos e estilos de vida da população principalmente hábitos alimentares e	Alterar os hábitos alimentares na população e diminuir o sedentarismo.	1-Programa de alimentação saudável e apoio nutricional. 2-Programas na radio e nas escolas. 3-Programa de	<u>Cognitivos:</u> conhecimento sobre o tema e informar. <u>Organizacional:</u> Organização dos encontros pra as caminhadas e a academia.

	estimular a prática sistemática de exercícios físicos.		<p>caminhada orientada.</p> <p>4-Programa de academia ao ar livre.</p>	<p><u>Político:</u> conseguir a articulação Inter setorial.</p> <p><u>Financeiros:</u> disponibilização de materiais educativos y recursos necessários.</p>
<p>Processo de trabalho da equipe de saúde</p> <p>(pouca informação ao usuário; falta de grupo operativo).</p> <p>Responsável: Agentes Comunitárias de Saúde e médico.</p>	<p>“Linha de cuidado”</p> <p>com objetivo de melhorar o processo de trabalho da equipe tanto dentro como fora da unidade.</p>	<p>A equipe será capaz de acolher e oferecer maior informação ao usuário, sendo participe das ações com o fim de obter as mudanças.</p>	<p>1-Cursos de capacitação da equipe de saúde da família.</p> <p>2-Palestras e grupos operativos da população com maior risco.</p> <p>3-Programa saudável na radio.</p>	<p><u>Organizacional:</u> Organização da agenda junto a os profissionais e a equipe em geral.</p> <p><u>Político:</u> articulação entre os setores da saúde e a educação.</p> <p><u>Financeiros:</u> Garantir os recursos e materiais necessários pra lograr os objetivos desejados.</p>

Fonte: Autoria Própria (2015).

Recursos críticos para o desenvolvimento das operações

Quadro 6 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas

Para o enfrentamento dos “nos” críticos, para o controle da HAS na UBS Ana Claro de Souza, Prados, Minas Gerais, 2015.

Operação/ Projeto	Recursos necessários
“Saber +”	<p><u>Político</u>: Alcançar uma articulação intersetorial.</p> <p><u>Financeiros</u>: disponibilização de materiais educativos.</p>
“Cuidar melhor + saúde”	<p><u>Organizacional</u>: Mobilização social em torno das questões de promover alimentação saudável, a pratica sistemática de exercícios físicos, diminuir o alcoolismo e o tabaquismo.</p> <p><u>Político</u>: Articulação Inter setorial.</p> <p><u>Financeiros</u>: Disponibilização de recursos e materiais necessários.</p>
“Linha de cuidado”	<p><u>Político</u>: Articulação entre os setores da saúde e demais setores na cidade.</p> <p><u>Financeiros</u>: Disponibilização de recursos e materiais necessários.</p>

Fonte: Autoria Própria (2015).

Propostas de Ações para a Motivação dos Atores.

Quadro 7: Propostas de ações para a motivação dos atores, para o controle da HAS na UBS Ana Claro de Souza, Prados, Minas Gerais, 2015.

Operação/ Projeto	Recursos necessários	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
“Saber +”	<p><u>Cognitivos</u>: conhecimento sobre o tema.</p> <p><u>Político</u>: parceria</p> <p><u>Financeiros</u>: disponibilização de materiais educativos</p>	<p>Secretária de saúde</p> <p>Secretária de saúde.</p> <p>Secretária de saúde.</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Carta de apresentação do Projeto.</p> <p>Mostrar que já existem projetos de incentivo e buscar parceiros para viabilização.</p> <p>Mostrar que já existem projetos de incentivo.</p>
“Cuidar melhor, + saúde”	<p><u>Cognitivos</u>: conhecer sobre o tema e informar sobre o mesmo.</p> <p><u>Organizacional</u>: Organização dos encontros pra as caminhadas e academia ao ar livre.</p> <p><u>Político</u>: conseguir a articulação Inter setorial.</p> <p><u>Financeiros</u>: disponibilização de recursos e materiais educativos.</p>	<p>Integrantes da unidade básica de saúde.</p> <p>Associações dos bairros e escolas.</p> <p>Secretária de saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Palestras e realização de grupos operativos em ambiente descontraído.</p> <p>Carta de apresentação do projeto.</p> <p>Carta de apresentação do projeto.</p>

Operação/ Projeto	Recursos necessários	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
“Linha de cuidado”	<u>Organizacional</u> : Organização da agenda junto aos profissionais e a equipe em geral.	Integrantes da unidade básica de saúde Secretária de saúde	Favorável	Reuniões com toda a equipe. Carta de apresentação do projeto, demonstrando benefícios.
	<u>Político</u> : Articulação entre os setores da saúde e educação.		Favorável	

Fonte: Autoria Própria (2015).

Proposta de intervenção.

Quadro 8 - Proposta de intervenção para o controle da HAS na UBS Ana Claro de Souza, Minas Gerais, 2015.

Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
<p>“Saber +”</p> <p>Com o objetivo de aumentar o conhecimento dos usuários sobre a doença</p>	<p>O usuário torna-se mais bem informado quanto à doença e como prevenir ela.</p>	<p>1-Avaliação do nível de conhecimento da população, sobre HAS, principais causas, risco e complicações.</p> <p>2-Capacitação aos ACS.</p> <p>3-Programa de hiperdia.</p>	<p>Carta de apresentação dos projetos.</p> <p>Mostrar que já existem projetos de incentivo.</p> <p>Mostrar que já existem projetos de incentivo e buscar parceiros para viabilização.</p>	<p>Agentes comunitários, enfermeiros e o médico.</p>	<p><u>Início</u> em 6 meses</p> <p><u>Termo</u> em 12 meses</p> <p>.</p>

Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
<p>“Cuidar melhor + saúde”</p> <p>com o objetivo de melhorar os hábitos e estilos de vida da população principalmente hábitos alimentares e a prática sistemática de exercícios físicos.</p>	<p>Melhorar os hábitos e estilos de vida da população principalmente hábitos alimentares e estimular a prática sistemática de exercícios físicos.</p>	<p>1-Criação do grupo operativo de pacientes com Hipertensão Arterial</p> <p>2-Programa de alimentação saudável e apoio nutricional.</p> <p>3-Campanha educativa na UBS</p> <p>4-Atendimento aos pacientes com Hipertensão Arterial</p>	<p>Carta de apresentação dos projetos.</p>	<p>Agentes comunitários, enfermeiros, médicos</p> <p>Professor de educação física.</p> <p>Nutricionista.</p> <p>Médicos e enfermeiros.</p> <p>Médicos e enfermeiros.</p>	<p>Apresentação do projeto . 3-5 meses</p> <p>Início das atividades des 6 meses</p> <p>Termo em 12 meses</p>
<p>“Linha de cuidado”</p> <p>com objetivo de melhorar o processo de trabalho da equipe</p>	<p>A equipe será capaz de acolher e oferecer maior informação ao usuário.</p>	<p>Línea de cuidado melhorada, recursos humanos mais capacitados, regulação da linha de cuidado.</p>	<p>Reuniões com toda a equipe.</p> <p>Carta de apresentação demonstrando benefícios.</p>	<p>Agentes comunitários, enfermeiros e médicos.</p>	<p><u>Início</u> em 6-meses</p> <p><u>Termo</u> em 12 meses</p>

Fonte: Autoria Própria (2015).

Gestão do plano.

O acompanhamento do projeto será feito através de reuniões mensais. As ações estratégicas devem ser sempre executadas e avaliadas ao mesmo tempo para que os problemas sejam detectados e corrigidos no menor tempo possível.

O sistema de gestão deve garantir, além disso, a eficiente utilização dos recursos, com plena comunicação entre os planejadores e executores. Tem que ser observado se o prazo foi cumprido e com integrantes da equipe participando como foi determinado.

É importante saber qual é o estado de satisfação da população com as mudanças e se tem alguma nova sugestão.

7. RESULTADOS

-Diminuição da desnutrição por excesso em um 6,6%.

-Diminuição do 3,3% em relação ao hábito de fumar e consumo de álcool ao concluir o estudo.

-Incremento do 17,8% na incorporação do paciente à realização de atividade física.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do plano de intervenção na UBS Ana Claro de Souza foi de muita importância para aumentar o nível de informação da população sobre HAS, permitir mudanças no estilos de vida e melhorar o controles dos pacientes.

9. REFERENCIAS

ALMEIDA, K. M. S. Compreensão dos hipertensos sobre sua doença e motivação para o autocuidado em um grupo do PSF no município de Nova Cruz- RN. 2004. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

BARNETT, A.H; et al. Angiotensin-Receptor Blockade versus Converting–Enzyme Inhibition in Type 2 Diabetes and Nephropathy. N Engl J Med. 2004; 351(19) p1952-61.

BASTOS, MG; BREGMAN, R; KIRSZTAJN, GM. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. Rev Assoc Med Bras 2010; 56(2) p 248-53

BELO HORIZONTE. Linha-guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica. Atenção à saúde do adulto. Secretaria de estado de saúde de Minas Gerais. 2013 p 54.

BRASILa. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde. 2008.

BRASILb, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n.16. Brasília, 2006. p58.Disponível em : <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>Acesso:06 maio, 2015.

BRENNER, B.M, et al. The Renal Study Investigators. Effects of Losartan on Renal and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes and Nephropathy. N Engl J Med 2001 345 p 861-869.

BRINDLE, P. et al, Accuracy and impact of risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease: a systematic review. *Heart* 2006;92(12) p 1752-9

CICCO, L. H. S. Hipertensão arterial? E agora? Disponível em: <www.saudevidaonline.com.br/hipert.htm-15k>. Acesso em: 05 maio 2015

COOPER, W.O, et al. Major congenital malformations after first-trimester exposure to ACE inhibitors. *N Engl J Med* 2006; 354 p 2443-2451

D'AGOSTINO, R.B, et al. General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care – The Framingham Heart Study. *Circulation*. 2008; 117 p 743-753.

DIRETRIZESa.II Diretrizes em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* (2010); 95(3 supl.2) p 1-112.

DIRETRIZESb. V Diretrizes Brasileiras de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes Brasileiras de Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA).*Rev Bras Hipertens* 2011; 18(1) p 3-24.

GRUNDY S.M, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* 2005; 112 p 2735-52.

HEMMELGAM, B.R, et al. Relation Between Kidney Function, Proteinuria, and Adverse Outcomes. *JAMA* 2010;303(5) p 423-429.

HE, J, et al. Long-term effects of weight loss and dietary sodium reduction on incidence of hypertension. *Hypertension* 2000; 35 p 544

HERAN, BS; et al. Blood pressure lowering efficacy of angiotensin receptor blockers for primary hypertension. *Cochrane Database of Systematic reviews* 2008, issue 4. Art.No:CD003822. DOI:10.1002/14651858.CD003822.pud2.

IBGE. Produto Interno Bruto dos Municípios 2004-2008. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE

ISAACSOHN J, et al. The impact of the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines on drug development. *Am J Cardiol.* 2002;89(5A):45C-49C.

LEITE IC, et al. Carga de mortalidade: Minas Gerais; 2005.

LEWINGTON, et al. Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual BP to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 60 prospective studies. *Lancet* 2002; 14 p 1903-1913.

OLIVEIRA, N. M. C. M. Prevalência e fatores de risco da hipertensão arterial numa comunidade de periferia urbana no município de João Pessoa, PB. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

ORQUIZA, S. M. C. Hipertensão Arterial. Disponível em: <www.orientacoesmedicas.com.br/hipertesaoarterial3.asp-48k>. . Acesso em 15 maio 2005.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Grande tratado de enfermagem prática. São Paulo: Editora Santos livraria, 2001, 3ªed.

QI, Q, et al. Genetic Predisposition to High Blood pressure Associates with Cardiovascular Complications Among Patients With Type 2Diabetes. Two Independent Studies. *Diabetes Care.*2012; 61(110) p 3026-32.

ROOKE, TW, et al. 2011 ACCF/AHA Focused Update of the guideline for the management of patients with peripheral artery disease (Updating the 2005 guideline). *Circulation* 2011; 124 p 2020-2045.

RONZANI T, FURTADO E. Estigma social sobre o uso de álcool. *J Bras Psiquiatr* 2010; 59(4) p 326-332

SHERIDAN SL, CRESPO E. Does the routine use of global coronary heart disease risk scores translate into clinical benefits or harms? A systematic review of the literature. *Erv Res*, 2008

.

SIAB, Sistema de informação da atenção básica. Secretaria Municipal de saúde, prados, MG, 2014

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de janeiro: Editora Guanabara Koogan, 10^o ed, v.2. 2006.

SOUZA, E. R. F. Vivência de hipertensos no município de Nazarezinho no que concerne ao seu tratamento. 2003. Monografia (Curso de Especialização em Saúde da Família). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

VERDECHIA, P. et al. Influence of blood pressure reduction on composite cardiovascular endpoints in clinical trials. *Journal of Hypertension* 2010, 28 p 1356-1365.

WALLIS, et al. Coronary and cardiovascular risk estimation for primary prevention: validation of a new Sheffield table in the 1995 Scottish health survey population. *BMJ* 2000; 320(7236) p 671-676.

