

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

DELFIN FELIPE HERNÁNDEZ RICO

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUZIR ÍNDICES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA KWAIT EM SETE LAGOAS -
MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2018

DELFIN FELIPE HERNÁNDEZ RICO

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUZIR ÍNDICES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA KWAIT EM SETE LAGOAS -
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2018

DELFIN FELIPE HERNÁNDEZ RICO

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUZIR ÍNDICES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA KWAIT EM SETE LAGOAS -
MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Profa. Dra Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 24 de janeiro de 2018.

DEDICATÓRIA

À minha família.

AGRADECIMENTOS

À minha família por seu apoio incondicional em todo momento.

À equipe e à comunidade da Estratégia Saúde da Família Kwait, município de Sete Lagoas, que tão bem me acolheram.

À minha orientadora Maria Dolôres Soares Madureira e aos tutores do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, pela atenção e disponibilidade na orientação deste trabalho e na Iniciação em Metodologia Científica.

À Universidade Federal de Minas Gerais e de Alfenas.

À Secretaria Municipal de Saúde do município Sete Lagoas.

Não é o que você faz, mas quanto amor você dedica no que faz que realmente importa.

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle, constituindo-se um dos mais importantes problemas de saúde pública. O aumento progressivo da pressão arterial contribui para a mortalidade por doenças cardiovasculares que têm sido a principal causa de morte. O objetivo deste trabalho é propor um plano de ação para reduzir os índices de hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Kwait, município de Sete Lagoas, Minas Gerais. Além do diagnóstico situacional de saúde da área de abrangência da equipe, foram utilizados dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, do Sistema de Informação da Atenção Básica, e no site eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil, entre outros. Realizou-se também uma revisão de literatura sobre o problema. Para realização da intervenção foram seguidos os passos para elaboração de um plano de ação, de acordo com o método de planejamento estratégico situacional. Assim, atividades como palestras na unidade de saúde e nas escolas locais, igrejas, comunidade local, oficinas de capacitação dos profissionais, rodas de conversa, grupos operativos e visitas domiciliares constituem estratégias importantes para se trabalhar na prevenção e redução da hipertensão arterial sistêmica, com os hipertensos e suas famílias como princípio básico na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica.

ABSTRACT

Hypertension have high prevalence and low rates of control, becoming one of the most important public health problems. The progressive increase of the arterial pressure contributes to mortality from cardiovascular disease have been the leading cause of death. The objective of this paper is to propose an action plan to reduce the rates of hypertension in the area covered by the family health team Kuwait, municipality of Sete Lagoas, Minas Gerais. In addition to the Situational diagnosis of the health area of the team, we used data from the Brazilian Institute of geography and statistics, the Information System of the basic attention, and on the website of the Department of Informatics electronic health system of Brazil, among others; conducted a literature review on the issue. For realization of the intervention were followed the steps to drawing up a plan of action, according to the situational strategic planning method. Thus, activities such as lectures at the health unit and at local schools, churches, in particular local community training workshops for professionals, wheels of conversation, operative groups, and home visits are important strategies to work in the prevention and reduction of Hypertension, with the patients and their families as basic principles in primary attention to health.

Key words: Family health strategy. Primary health care. Hypertension.

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|---------|--|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AVE | Acidente Vascular Encefálico |
| CA | Circunferência Abdominal |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CAPSi | Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência |
| CEM | Centro de Especialidades Médicas |
| CVVRS | Centro Viva Vida de Referência Secundária |
| DAP | Doença Arterial Periférica |
| DCV | Doença Cardiovascular |
| DH | Doenças Hipertensivas |
| DIC | Doenças Isquêmicas do Coração |
| DM | Diabetes Mellitus |
| DRC | Doença Renal Crônica |
| ESB | Equipe de Saúde Bucal |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FC | Frequência Cardíaca |
| FR | Fatores de Risco |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| IAM | Infarto Agudo do Miocárdio |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IC | Insuficiência Cardíaca |
| ICC | Insuficiência Cardíaca Congestiva |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| MAPA | Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial |
| MRPA | Medição Residencial da Pressão Arterial |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PA | Pressão Arterial |
| SUS | Sistema Único de Saúde. |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| VIGITEL | Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Kwait, Unidade Básica de Saúde do Luxemburgo Dr. Carlos Afonso Vianna - “Doutor Afonsinho”, município de Sete Lagoas, estado de Minas Gerais. | 17 |
| Tabela 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos). | 23 |
| Quadro 2 - Descritores dos usuários com HAS e alguns fatores de risco associados. ESF Kwait, Sete Lagoas/ MG, 2016. | 45 |
| Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Entendimento da Doença”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Kwait, do município Sete Lagoas, estado de Minas Gerais. | 47 |
| Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Hábitos de vida”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Kwait, do município Sete Lagoas, estado de Minas Gerais. | 48 |
| Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Kwait, do município Sete Lagoas, estado de Minas Gerais. | 49 |
| Quadro 6 - Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Consultas periódicas”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Kwait, do município Sete Lagoas, estado de Minas Gerais. | 50 |
| Quadro 7 - Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “Prevenção de complicações”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Kwait, do município Sete Lagoas, estado de Minas Gerais. | 51 |
| Quadro 8 - Operações sobre o “nó crítico 6” relacionado ao problema “Nível de informação”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Kwait, do município Sete Lagoas, estado de Minas Gerais. | 52 |
| Quadro 9 - Operações sobre o “nó crítico 7” relacionado ao problema “Processo de trabalho da equipe de saúde”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Kwait, do município Sete Lagoas, estado de Minas Gerais. | 53 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1 Breves informações sobre o município Sete Lagoas | 12 |
| 1.2 O Sistema Municipal de Saúde | 13 |
| 1.3 A Equipe de Saúde da Família Kwait, seu território e sua população | 14 |
| 1.4 Problemas de saúde do território e da comunidade | 16 |
| 1.5 Priorizações dos problemas | 16 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 19 |
| 3 OBJETIVOS | 20 |
| 3.1 Objetivo geral | 20 |
| 3.2 Objetivos específicos | 20 |
| 4 METODOLOGIA | 21 |
| 5 REVISÃO DE LITERATURA | 22 |
| 5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica | 22 |
| 5.2 Estratificação de Risco e Decisão Terapêutica | 31 |
| 5.3 Proteger e promover a saúde por meio de ações educativas | 34 |
| 5.4 Prevenção Primária | 35 |
| 5.4.1 Medidas não medicamentosas | 35 |
| 5.4.2 Medidas medicamentosas | 37 |
| 5.5 Estratégias para implementação de medidas de prevenção | 39 |
| 5.6 Elevar o nível de conhecimento da população | 41 |
| 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO | 44 |
| 6.1 Descrição do problema selecionado | 44 |
| 6.2 Explicação do problema selecionado | 44 |
| 6.3 Seleção dos nós críticos | 46 |
| 6.4 Desenho das operações | 46 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 54 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 55 |
| APÊNDICE A | 58 |
| ANEXO A | 59 |
| ANEXO B | 59 |
| ANEXO C | 60 |
| ANEXO D | 60 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município Sete Lagoas

Sete Lagoas, município mineiro, caracterizado como polo industrial, localiza-se a aproximadamente 72 quilômetros de Belo Horizonte, capital do estado. Possuía em julho de 2015 uma população estimada de 232.107 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016). O município tem uma área territorial de 537,639 km², e densidade de 431,72 hab./km²; altitude média: 766,73m, clima tropical e apresenta relevo constituído por colinas suaves. Pertence à Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte, limítrofe com Prudente de Morais, Funilândia, Jequitibá e Baldim (APENDICE A).

É um município de rica tradição histórica e data do tempo da febre do ouro, quando bandeirantes se internavam pelos sertões em sucessivos embates com as feras e com os índios, em busca de riquezas naturais, surgindo desta forma novos assentamentos populacionais. Por volta de 1667, chegaram às terras do município os primeiros europeus, componentes da Bandeira de Fernão Dias. Em 24 de novembro celebra-se seu aniversário e em 30 de novembro sua fundação, data que cada setelagoano espera com orgulho e emoção por ter nascido em lugar rico em lagos e cultura (IBGE, 2016).

Sua economia conta com diversos setores industriais, agropecuários e de serviços dinâmicos. Na condição de cidade média, Sete Lagoas, cidade de homens e mulheres de caráter hospitalário, que dinamizam sua região ao receber os migrantes procedentes dos municípios de sua região, oferecendo-lhes empregos, moradias e serviços gerais necessários à vida econômica, social e cultural. A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que vêm se revezando à frente da administração municipal ao longo de décadas.

Atualmente existe um mercado cultural em Sete Lagoas, sendo que algumas pessoas vivem de arte com uma forte tradição e cultura. A tradicional procissão na Serra de Santa Helena é realizada durante os festejos da semana em honra à cruz da santa, Ponto de Cultura voltado às tradições afro-brasileiras. Em Sete Lagoas encontra-se a Rampa da Serra Helena com uma altitude de 1000m e um desnível de

200m donde existe a prática de caráter recreativo ou desportivo de parapente (IBGE, 2016).

1.2 O sistema municipal de saúde

O município de Sete Lagoas possui população estimada para 2016 de 234.221 habitantes, apresenta cobertura de Atenção Básica de 83,72%, (IBGE, 2016). Considerando a Estratégia Saúde da Família (ESF) com cobertura de 74,00%, a carga horária média na atenção Básica é de 60h/semanas para 3.000 habitantes. Os profissionais médicos são integrantes de programas nacionais de provimento e fixação em áreas de difícil acesso e/ou de populações de maior vulnerabilidade econômica ou social.

A Rede de Atenção Primária à Saúde de Sete Lagoas conta com 45 equipes da Estratégia de Saúde da Família e oito Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os Serviços de Atenção Básica à Saúde devem ser os primeiros a serem procurados no caso de alguma necessidade de tratamento, informação ou cuidado básico de saúde. Existem UBS que oferecem consultas, exames, procedimentos e tratamentos especializados. O acesso às consultas e exames especializados é feito através de um pedido dos médicos dos Serviços de Atenção Básica.

As consultas e exames especializados são agendados por meio da Central de Marcação de Consultas, de segunda a sexta-feira, de 7 às 16h. As consultas ou exames especializados não oferecidos em Sete Lagoas podem ser encaminhados para outras cidades.

Sete Lagoas é referência para 34 cidades, além dos seus distritos.

Possui o Centro Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS) que é um centro especializado onde são encaminhadas mulheres, crianças e homens que necessitam de atendimento especializado e que geralmente não são resolvidos pelas equipes das ESF ou Unidade Básica de Saúde. As especialidades são: pediatria especializada, ginecologia especializada, mastologia, urologia, ultrassom obstétrico e de mamas e mamografia. A equipe multidisciplinar está formada por nutricionista, fisioterapeuta, enfermeiro, psicólogo, farmacêutico, fonoaudiólogo,

assistente social, médico, técnico de enfermagem, técnico de radiologia e técnico de farmácia.

O Centro de Especialidades Médicas (CEM) é um serviço de referência em atenção secundária. Possui consultas especializadas nas áreas de: angiologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, proctologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia torácica e cirurgia pediátrica.

Conta-se também o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Adulto que é um serviço que presta atendimento aos usuários portadores de sofrimento mental grave, que necessitam de cuidados intensivos em saúde mental. Presta atendimento individual e em grupos (psicoterapia, atendimento psiquiátrico, oficinas terapêuticas, atendimento às famílias e outros) em regime de atenção diária. Visa promover a inserção social dos usuários na sociedade (SETE LAGOAS, 2016).

Existe ainda o Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi) que presta serviço destinado a acolher as crianças e adolescentes com faixa etária de até 18 anos em sofrimento mental severo e persistente. Oferece assistência estimulando sua integração social e familiar.

Outro serviço importante é a Saúde Auditiva, unidade de saúde que oferece assistência especializada aos portadores de deficiência auditiva, como consultas especializadas de Otorrinolaringologia, Fonoaudiologia e Serviço Social. São realizados os exames: Audiometria, Impedânciometria e BERA e são agendados pelas ESF ou pela UBS.

A Saúde Bucal conta com uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) que realiza restauração, limpeza oral, pequenas cirurgias, orientações para saúde, visitas domiciliares e trabalhos coletivos em saúde.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Kwait, seu território e sua população.

A Unidade de Saúde da Equipe de Kwait, situada na Rua Ângelo Ribeiro Miranda, número 762, foi inaugurada há cerca de 14 anos atrás e serve ao bairro Luxemburgo que faz a ligação com o centro da cidade. É uma casa alugada, adaptada para ser uma Unidade de Saúde. A casa está bem conservada. Sua área pode ser

considerada inadequada considerando a demanda e a população atendida (2.841 pessoas), embora o espaço físico seja muito bem aproveitado. Anteriormente a unidade estava localizada em outra casa em uma rua perto desta até que foi inaugurada a Unidade Básica de Saúde do Luxemburgo Dr. Carlos Afonso Vianna - “Doutor Afonsinho” em agosto, 26 de 2011; os serviços vão auxiliar principalmente os moradores dos bairros Luxemburgo, Interlagos e Jardim Primavera. Ao todo, mais de 12 mil pessoas foram beneficiadas com a nova unidade.

A UBS Luxemburgo aloca três equipes da Estratégia de Saúde da Família: ESF Luxemburgo, ESF Interlagos e a nova ESF Jardim Primavera. Devido à mudança, na atual sede da ESF Luxemburgo será instalada a nova ESF Kwait. Com isso, as ESF serão ampliadas de 32 para 34. Na nova unidade, os moradores poderão buscar serviços como coleta de exames laboratoriais; atendimento odontológico; vacinação; pequenos procedimentos como curativos; micronebulização; implantação da Farmácia Regional com distribuição de medicamentos.

Há também exames preventivos (Papanicolau); visitas domiciliares; acompanhamento de pacientes hipertensos, diabéticos e idosos; base para os Agentes de Endemias e sala para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) entre outros serviços.

A área da unidade básica de saúde Kwait destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade. Isso dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas no salão da igreja, que fica um pouco distante da Unidade de Saúde. As relações da Equipe de Saúde com o Padre da igreja são amigáveis.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta da associação. A Unidade, atualmente, não está bem equipada e não conta com todos os recursos adequados para o trabalho da equipe, o funcionamento é de Segunda a Sexta-Feira, de 7 às 17h.

1.4 Problemas de saúde do território e da comunidade

Os principais problemas identificados na comunidade depois da discussão do diagnóstico de saúde com a equipe básica foram:

- Alta prevalência e incidência de enfermidades crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus.
- Alta prevalência de transtornos mentais, principalmente depressão e ansiedade.
- Desemprego.
- Índice de verminose e parasitas.
- Alta incidência de doenças respiratórias.
- Existência de gravidez na adolescência
- Elevado índice de fumantes.
- Sedentarismo e obesidade.
- Falta de escolas e creches.
- Violência social, doméstico e mulheres.

1.5 Priorização dos problemas

Após a identificação dos problemas foi feita a seleção ou priorização dos que serão enfrentados, porque dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos, tanto financeiros como humanos, materiais, entre outros.

Como critérios para seleção dos problemas a equipe considerou a importância do problema, sua urgência, a própria capacidade para enfrentá-los e a seleção dando prioridade quais deverão ser enfrentados primeiramente através de uma planilha em que os problemas identificados foram analisados e selecionados quanto à prioridade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Segundo os critérios mencionados:

- Atribuindo valor “alto, médio ou baixo” para a importância do problema.
- Distribuindo pontos conforme sua urgência;

- Definindo-se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento de nossa equipe;
- Numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios (seleção).

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Kwait, Unidade Básica de Saúde do Luxemburgo Dr. Carlos Afonso Vianna - “Doutor Afonsinho”, município de Sete Lagoas, estado de Minas Gerais.

| Problemas | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento*** | Seleção/Priorização**** |
|--|--------------|------------|--------------------------------|-------------------------|
| Alta prevalência e incidência de enfermidades crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus. | Alta | 6 | Parcial | 1 |
| Alta prevalência de transtornos mentais, principalmente depressão e ansiedade. | Alta | 4 | Parcial | 2 |
| Existência de gravidez na adolescência. | Alta | 6 | Parcial | 2 |
| Sedentarismo e obesidade e maus hábitos alimentícios. | Média | 3 | Parcial | 3 |
| Desemprego. | Alta | 4 | Fora | 3 |
| Alta incidência de doenças respiratórias. | Baixa | 2 | Parcial | 4 |
| Elevado índice de fumantes. | Baixa | 1 | Fora | 5 |
| Índice de verminose e parasitas. | Baixa | 1 | Parcial | 5 |
| Falta de escolas e creches. | Média | 3 | Fora | 4 |

Fonte: Estatística ESF Kwait, Sete Lagoas, MG, 2016.

*Alta, média ou baixa.

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Depois de estabelecer a ordem de prioridade ficaram assim os problemas, em ordem decrescente:

- Alta prevalência e incidência de enfermidades crônicas como Hipertensão, Diabetes.
- Alta prevalência de transtornos mentais, principalmente depressão e ansiedade.
- Existência de gravidez na adolescência.
- Sedentarismo e obesidade e maus hábitos alimentícios.
- Desemprego.
- Alta incidência de doenças respiratórias.
- Elevado índice de fumantes.
- Índice de verminose e parasitas.
- Falta de escolas e creches.

A partir da análise com os critérios anteriores, a Equipe de Saúde da Família de Kwait selecionou, como prioridades 1, o problema da Alta prevalência e incidência de enfermidades crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Entre essas enfermidades, definiu-se Hipertensão Arterial Sistêmica como problema a ser enfocando neste projeto de intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

Sete Lagoas é um município que tem apresentado elevado número de fatores de risco para hipertensão arterial. Além disso, foi detectado o baixo nível de informação sobre a doença e suas complicações. Sendo assim, esta situação nos impulsiona a mudar essa realidade através da intervenção educativa, para modificar variáveis relacionadas à hipertensão, a fim de melhorar a qualidade de vida de pessoas hipertensas.

A adoção de estilos de vida saudáveis e a possibilidade de modificar certos fatores de risco são importantes para melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos e evitar complicações que surgem. A partir desta realidade decidiu-se elaborar um plano de intervenção para reduzir os índices de hipertensão arterial e seus fatores de risco e realizar ações de promoção e prevenção da saúde contribuindo para elevar o nível de informação da comunidade sobre.

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que o controle da HAS ainda é pouco significativo, principalmente considerando sua alta prevalência (NOBRE *et al.*, 2010). Um aspecto a ser destacado é que seus fatores de risco, em sua maioria, são modificáveis, o que aumenta a importância das ações educativas a serem desenvolvidas pela equipe de saúde na atenção básica. O diagnóstico precoce da HAS e seus fatores de riscos, o bom controle e o tratamento adequado são fundamentais para reduzir eventos cardiovasculares.

Ressalta-se que as situações frequentes de pacientes com descompensações agudas dos níveis de PA sobrecarregam o atendimento da demanda espontânea. Além disso, observa-se durante os atendimentos na unidade de saúde que a adesão dos usuários às mudanças de estilo de vida e ao tratamento adequado da HAS é pequena. Dessa forma, devido à alta prevalência de HAS na população da área de abrangência do ESF Kwait e ao evidente alto grau de descontrole dos pacientes, acredita-se que o plano de ação terá um impacto positivo na redução de seus índices na área de abrangência da equipe e desta forma reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas com riscos de doenças cardiovasculares.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de ação para reduzir os índices de hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Kwait em Sete Lagoas, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Identificar os fatores de risco que provocam o aumento da pressão arterial sistêmica na população.

Proteger e promover a saúde por meio de ações educativas que estimulem os bons hábitos alimentares, prática de exercícios físicos e estilos de vida mais saudável.

Elevar o nível de conhecimento da população sobre os fatores de risco que contribuem para o aumento dos índices de hipertensão arterial sistêmica e suas complicações

4 METODOLOGIA

Este estudo foi realizado na Estratégia Saúde da Família Kwait do Bairro Luxemburgo, município de Sete Lagoas. O diagnóstico situacional foi realizado em fevereiro de 2017 nas instalações da ESF e em sua área de abrangência a partir de bases de dados no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e observação ativa durante o período de meses de setembro a dezembro de 2016 em que foi desenvolvido o plano de ação, período de trabalho que tenho vindo à ESF de Kwait.

Para subsidiar a construção do Plano de Ação, além do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Kwait, foram realizados levantamentos no banco de dados do IBGE, na base de dados do SIAB, e no site eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), entre outros. Também, foi realizada busca de publicações sobre o tema Hipertensão Arterial Sistêmica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); no Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), e publicações do Ministério da Saúde. A busca de artigos foi guiada utilizando-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Risco Cardiovascular, Hipertensão Arterial Sistêmica, fatores de Risco, Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; e Planejamento em Saúde. O período de busca compreendeu trabalhos publicados entre 2005 e 2017, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores.

Para realização e direcionamento da intervenção foram utilizados os passos para elaboração de um plano de ação ou plano de intervenção, sugeridos por Campos, Faria e Santos (2010), descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

Entende-se por hipertensão arterial sistêmica (HAS) aquela “condição clínica e multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA)”. Doença que frequentemente é a causadora de certas alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo, como: “coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.1).

Segundo pesquisas do Ministério de Saúde e dados das sociedades Brasileiras de Cardiologia, a hipertensão arterial no Brasil, atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, porcentagem que vem aumentando nas diversas faixas etárias com predominância entre os idosos (60%), contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV), sendo que em 2013 dos 1.138.670 óbitos, 339.672 (29,8%) foram decorrentes de DCV. Suas complicações cardiovasculares e renais, juntamente com as do diabetes *mellitus*, têm impactado significativamente na produtividade do trabalho e na renda familiar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A pressão arterial é a pressão que o sangue exerce nas paredes das artérias e sua medida (em milímetros de mercúrio) é fundamental no diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica, ao se medir esta pressão, se determinam duas pressões, a máxima (sistólica) e a mínima (diastólica), devendo ser realizada em toda avaliação médica, por enfermagem ou outros profissionais da saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A aferição da pressão arterial é de fácil realização e os seus procedimentos são simples, entretanto nem sempre são realizados de forma correta. Algumas condutas devem ser adotadas para obter medidas corretas, como preparo apropriado do paciente, técnica padronizada e equipamento calibrado. Para poder medir a pressão arterial corretamente, os pacientes devem estar, pelo menos 5 minutos antes da aferição, tranquilos e sentados, sendo a posição recomendada para a medida da

pressão arterial. Recomenda-se que, nos casos de pessoas idosas, diabéticos, portadores de disautonomias, alcoolistas e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva, seja realizada a verificação da PA nas posições ortostática e supina pelo menos na primeira avaliação clínica no consultório (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia e de Hipertensão Arterial (2016) enfatiza a forma correta de medida de pressão com uso de aparelhos automáticos ou digitais bem calibrados, aproveitando em cada consulta deverão ser realizadas pelo menos três medidas: sugere-se o intervalo de um minuto entre elas, embora esse aspecto seja controverso. A média das duas últimas deve ser considerada a PA real. Por outro lado, recomendam-se novas medidas quando a diferença dos valores entre pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas forem maiores que 4 mmHg, até que a diferença seja menor.

Após a verificação correta da PA, classifica-se a pressão arterial como mostra a seguinte tabela abaixo:

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 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: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.8.

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), de acordo com estudos históricos realizados mundialmente e no Brasil, a HAS é uma doença muitas vezes silenciosa, porém existem fatores de risco (principais) que devem ser levados em consideração, para poder ficar constantemente em alerta sobre este importante problema. Entre eles estão os seguintes: idade acima de 50 anos, prevalência parecida entre ambos

os sexos, sendo mais comum em homens até 50 anos de idade, invertendo-se esta relação nas décadas subsequentes mais a frente; indivíduos não brancos são mais susceptíveis a cifras pressóricas elevadas malignas; excesso de peso corporal, vida sedentária; ingesta aumentada ou excessiva de sal e álcool. Os fatores socioeconômicos e genéticos também têm grande importância nesta doença crônica.

Na prevenção primária da HAS existem duas medidas, farmacológicas e não farmacológicas, que atuam como fatores importantes na adesão ao tratamento. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), as medidas não farmacológicas estão relacionadas às medidas higienodietéticas como, alimentação saudável, consumo controlado de sódio (dieta hipossódica) e álcool, ingestão de potássio, redução do peso corporal, combate ao sedentarismo, ou seja, a prática diária de exercício físico controlado ou pelo menos três vezes por semana e ao tabagismo.

Quanto às medidas farmacológicas, recomenda-se que “o paciente deverá ser orientado sobre a importância do uso contínuo, da eventual necessidade de ajuste de doses, da troca ou associação de medicamentos e ainda do eventual aparecimento de efeitos adversos” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p.35).

A Hipertensão Arterial é agravada por “fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM)”. Pode estar associada com outros eventos como “morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal”. É um dos mais importantes problemas de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p.1).

Embora alguns fatores de risco da HAS sejam modificáveis, a sua prevalência é alta, uma vez que seu controle ainda é muito baixo. A hipertensão não tratada pode causar várias lesões, sobretudo as cardiovasculares aumentando o índice de mortalidade por doença cardiovascular (DCV) a qual vá aumentando de forma progressiva com a elevação da pressão arterial (PA) a partir de cifras pressóricas de

115/75 mmHg de forma linear, contínua, mantida e independente. Em Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte, ocasionando em o ano 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório, e entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Oliveira *et al.* (2013) afirmam que a HAS, por ter altas taxas de morbimortalidade, e ser um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares é, sem dúvida, um grave problema de saúde pública.

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, a HAS é considerada a de maior prevalência e incidência, afetando mais de 1,5 bilhão de pessoas. Cerca de 15% da população mundial está diagnosticada como hipertensos, entretanto acredita-se que cerca de 30% das pessoas apresentam a doença, e por razões diferentes não são diagnosticadas ou não têm diagnósticos inconclusivos (CASTILLO ÁLVAREZ *et al.*, 2011).

A prevenção, o tratamento e o controle da HAS dependem não só de medidas farmacológicas, mas também de medidas não farmacológicas. Para Oliveira *et al.* (2013), as medidas não farmacológicas incluem a redução na ingestão de bebida alcoólica, controle do peso, alimentação equilibrada, prática de atividade física e a abolição do uso de tabaco. Os autores lembram que geralmente essas medidas podem ser indicadas de forma indiscriminada.

A hipertensão arterial sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle, constituindo-se um dos mais importantes problemas de saúde pública, considerando que seus principais fatores de risco (FR) são modificáveis. O aumento progressivo da pressão arterial, acima de 115/75 mmHg, contribui para a mortalidade por doenças cardiovasculares (DCV) que têm sido a principal causa de morte. De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão estudos indicam que “em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC)”, predominantemente em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e em pessoas com idade entre 45 e 69 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.1).

Devido às suas complicações, a HAS apresenta altos custos socioeconômicos e para o setor da saúde, principalmente devido à alta frequência de internações. Tais complicações incluem: “doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007, p.30).

A HAS pode ser considerada uma síndrome, uma vez que está frequentemente:

[...] associada a um agregado de distúrbios metabólicos, tais como obesidade, aumento da resistência à insulina, diabetes mellitus (DM) e dislipidemia, entre outros. A presença destes fatores de risco e lesões em órgãos-alvos, quando presente, é importante e deve ser tomada em conta a estratificação de risco do indivíduo, com o objetivo de um prognóstico e decisão terapêutica (ROSARIO *et al.*, 2009, p.673).

De acordo com dados de 2013 da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), 24,1% da população adulta em 27 capitais brasileiras tiveram diagnóstico prévio de hipertensão arterial, com predominância em mulheres (23,6%) (BRASIL, 2014). As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão consideram que é semelhante à prevalência global de hipertensão entre homens e mulheres, apesar de que homens com idade inferior a 50 anos tendem a apresentar elevação da pressão arterial em relação às mulheres, invertendo-se esta situação a partir da quinta década (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Silva, Oliveira e Pierin (2016, p.51) atribuem esta mudança “às alterações hormonais decorrentes do climatério e menopausa, fragilizando a mulher no contexto cardiovascular”.

Estudos de revisão evidenciaram haver relação direta entre hipertensão arterial em mulheres e elevação do risco para acidente vascular encefálico (SILVA *et al.*, 2016).

O diagnóstico de HAS faz-se na presença de cifras pressóricas sanguíneas elevadas e contínuas ou permanentes. Seu seguimento e controle iniciam-se na primeira avaliação em consulta. As medidas devem ser obtidas com esfigmomanómetro, efetuadas em consulta médica, sobretudo em ambos os membros superiores e, em caso de diferença, utiliza-se sempre o braço com o maior

valor de pressão para as medidas subsequentes. Em cada consulta de controle, a pressão arterial deve ser aferida pelo menos três vezes, com intervalo de um a dois minutos entre elas, utilizando-se a média das duas últimas medidas como a pressão arterial do indivíduo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Novos algoritmos consideram a utilização da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e da Medição Residencial da Pressão Arterial (MRPA) como ferramentas importantes deve ser parte das normativas obrigatórias nestes casos e fazer-se como parte do controle e abordagem de pacientes na investigação com suspeita de hipertensão arterial sistêmica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p.7) recomenda que a cada dois anos seja realizada a medição da PA para os adultos com $PA \leq 120/80$ mmHg, e anualmente para aqueles com $PA > 120/80$ mmHg e $< 140/90$ mmHg. A medida da pressão arterial determina o diagnóstico e ao mesmo tempo conduz o tratamento da hipertensão arterial, devendo ser realizada de forma correta para evitar diagnóstico errôneo.

Evidências acumuladas ao longo dos anos de experiência demonstram uma série de vantagens da MRPA (fora do Consultório) em relação à medida de consultório e até mesmo em relação à monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA). De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) as principais vantagens são:

- Podem obter-se maior número de medidas obtidas em um mesmo dia e ao longo da semana.
- Refletem durante o período das atividades usuais dos pacientes examinados em sua casa ou em outros destinos.
- Permite a abolição ou sensível redução do efeito de avental branco (EAB) ou o que é o mesmo a ausência de reação de alarme no momento de medida da pressão arterial.
- Há maior engajamento dos pacientes com o diagnóstico, tratamento e seu controle e seguimento.

É fato que existem medidas como a incorporação de uma dieta bem equilibrada, dirigida e controlada por profissionais de saúde, principalmente os nutricionistas em busca de alimentos ricos em frutas e vegetais, com baixo teor de sal e gordura, de grande aporte de fibra ao cólon de extremo cuidados com a manutenção do peso, redução do estresse e prática regular de atividade física são ações que auxiliam na prevenção e tratamento da hipertensão. Os fatores de risco geralmente apresentam-se de forma agregada, como pode acontecer com a predisposição genética nos indivíduos, que unidos aos fatores ambientais, tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável.

Para a Organização Mundial da Saúde (2004) *apud* Porto *et al.* (2015, p.200), estilo de vida é “o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização” e influenciam diretamente a saúde e a qualidade de vida das pessoas e por isso têm fundamental importância na promoção da saúde. Assim sendo, há possibilidade de mudar hábitos, a fim de obter uma melhor qualidade de vida, dependendo da vontade do indivíduo de refletir e fazer mudança nos hábitos alimentares, comportamentos e naqueles que prejudicam sua saúde.

Os principais fatores de risco para a HAS, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), estão relacionados a:

- Idade: a prevalência da HAS atinge mais de 60% as pessoas acima de 65 anos.
- Gênero: a prevalência da HAS é semelhante em ambos os sexos, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos e nas mulheres a partir desta idade.
- Etnia: as pessoas de etnia negra são mais susceptíveis à HAS, sendo que há predomínio de até 130% nas mulheres negras em relação às de pele branca.
- Peso: o excesso de peso e a obesidade são fatores muito comuns na atualidade, associando-se com maior prevalência de HAS desde idades muito jovens.

- Sal: a ingestão de sal de cozinha (sódio) de forma excessiva contribui com a elevação da PA, principalmente entre a população brasileira que geralmente utiliza uma alimentação rica em sal, açúcar e gorduras.
- Álcool: o consumo de bebida alcoólica por tempo prolongado pode interferir significativamente a PA, contribuindo para o aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares.
- Atividade física: a incidência de HAS diminui com a prática atividade física.
- Fatores socioeconômicos: as influências desses fatores ainda não estão bem estabelecidas na ocorrência da HAS.
- Genética: a importância desses fatores está relacionada com a fisiopatogênese da hipertensão arterial.

Além desses, outros fatores de risco cardiovascular devem ser considerados, como hábito de fumar e níveis lipídicos desfavoráveis. Comumente os fatores de risco cardiovascular podem frequentemente apresentar-se de forma agregada, como predisposição genética, fatores ambientais e estilo de vida pouco saudável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Outros fatores intervenientes que agravam o problema é a não adesão ao tratamento e outras condições crônicas como Diabetes Mellitus.

Na atualidade a mulher ainda ocupa um papel com características marcantes e decorrentes por sua condição feminal, no contexto familiar e a sua vez como participante da força de produtiva e de trabalho na sociedade, e na maioria das vezes expolindo-se a condições sumamente difíceis e desfavoráveis. Cenário que se presta para fornecer o aparecimento de diversos sinais e sintomas tantos físicos como aqueles de tipo psíquicos e diversos, entre elas se encontram a depressão, a ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade e queixas somáticas, os quares estão bem definidos como transtornos de tipo mentais comuns, e no contexto da gênese da hipertensão arterial sistêmica existem outros fatores com características psicoemocionais que têm uma ação relevante e fornecedora na mesma (SILVA *et al.*, 2016).

Existem fatores predisponentes da pressão arterial, próprios nas mulheres, como o uso de métodos contraceptivos de tipo hormonais na planificação familiar, a presença da síndrome do ovário policístico, as gestações, a terapia de reposição hormonal em algumas mulheres que a necessitam, o período da menopausa, podendo provocar o aumento significativo da pressão arterial e posterior ao desenvolvimento da HAS (SILVA *et al.*, 2016).

Historicamente, a HAS na infância e etapa juvenil era relacionada principalmente com as doenças renais, vasculares ou endócrinas, na atualidade com o desenvolvimento industrial, a hipertensão primária tem sido a principal forma clínica identificada, e essa mudança epidemiológica há sido atribuída em grande parte a incremento da obesidade, tomando caracteres maus que de uma epidemia, tornando-se de forma global no Planeta. Existem estudos que relacionam o sobrepeso associado à manutenção de percentil elevado de pressão arterial nas pessoas e que a mudança de hábitos nutricionais modificando sua avaliação nutricional a normopeso e com este a redução significativa das cifras pressóricas arteriais em jovens, adolescentes e crianças (FIGUEIRINHA; HERDY, 2017).

As crianças que apresentam níveis pressóricos arteriais elevados, embora dentro dos níveis considerados normais, podem “evoluir ao longo da vida mantendo uma pressão arterial mais elevada que as demais e apresentam maior probabilidade de que se tornarem como adultos hipertensos”. Considera-se, portanto, a HAS na idade adulta possa ter sua origem na infância, o que justifica como estratégias preventivas, “trabalhar na pesquisa ativa de hipertensos, desde idades bem cedo da vida” (FIGUEIRINHA; HERDY, 2017, p.244).

Se me perguntaram algum dia, qual é o momento ótimo ou ideal para começar as ações de prevenção da Hipertensão arterial sistêmica, eu falaria que desde na infância deveríamos começar já com todas aquelas atividades educativas de promoção e prevenção de saúde, bem nas escolas e/ou nas casas. Além disso, deveríamos desenvolver medidas preventivas e educativas desde a vida intrauterina com a mãe ou desde o início do período fértil dessa mulher, isto é válido também para os pais.

Na atualidade o crescimento da população de idosos é um fenômeno mundial que vem ocasionando diversas transformações nas sociedades. O Brasil não está isento dessas tendências de crescimento sendo igual ou semelhante (MENEZES *et al.*, 2016).

Sempre falamos que a HAS é uma entidade clínica supostamente de curso “silenciosa” e resultante de múltiplos fatores de risco, o diagnóstico precoce, assim como o conhecimento dos fatores envolvidos, são necessários para garantir um maior controle e melhor opção oportuna de tratamento com a diminuição do índice de hospitalizações e complicações que podem levar a óbito (MENEZES *et al.*, 2016).

É bem conhecido o aumento cada vez mais crescente da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis nas populações, em especial a obesidade e a hipertensão arterial. A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica, considerada um grave problema mundial de saúde pública afetando todos os estratos socioeconômicos (BORGES; CRUZ; MOURA, 2008). A HAS é uma das doenças mais importantes causantes de morbidade e mortalidade de forma universal, e a sua vez um dos mais prevalentes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças arteriais coronarianas, acidentes vasculares cerebrais, doenças vasculares periféricas, insuficiências renais e as insuficiências cardíacas, assim como a obesidade.

A HAS possui natureza multicausal e dentro de seus principais fatores de risco encontramos os fatores modificáveis (já dito anteriormente) como o estilo de vida, tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada e outros, entre eles se evidencia de forma notória a associação direta com a obesidade e/ou com o excesso de peso (OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016).

5.2 Estratificação de Risco e Decisão Terapêutica

É de grande importância estratificar e quantificar o risco cardiovascular global absoluto já que pertence ao grande grupo de enfermidades crônicas não transmissíveis, tendo em conta sua prevalência podendo ser avaliado em cada indivíduo hipertenso que formaria parte do grupo com maior fator de risco para acidente vascular encefálico. É necessário fazer a estratificação de risco pelo escore

de risco de Framingham (ERF), bastante importante no campo da prevenção primária, pois estima o risco absoluto de um indivíduo desenvolver DCV clinicamente manifesta em um período de 10 anos mais afrente, de grande importância como escore preditivo de risco cardiovascular global (tabagismo, HDL, LDL, pressão arterial, idade e diabetes mellitus), junto a outras variáveis laboratoriais como a glicemia de jejum e trigliciridemia. Esta medida nos auxilia na decisão terapêutica e permite uma análise prognóstica, avaliando os fatores de risco. Por último a identificação dos indivíduos hipertensos dentro do RCV global tem muita importância dado que eles estão mais predispostos às complicações CV, especialmente o infarto do miocárdio e AVC, fundamental para uma orientação terapêutica mais rápida e oportuna (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Tendo em conta todo o anunciado acima é necessária para a tomada da decisão terapêutica a confirmação diagnóstica, seguindo-se a estratificação de risco segundo ERF, que levará em conta, além dos valores de pressão arterial, a presença de fatores de risco cardiovasculares associados e a sua vez a possibilidade de presença de lesões em órgãos-alvo e finalmente, a meta mínima de valores da pressão arterial, que deverá ser resulta e atingida com o tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007). (ANEXO A).

A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial propõe que é importante a avaliação clínica e complementar por história clínica e objetivos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Atingir essas metas fornecendo as variáveis clínicas e laboratoriais facilita chegar ao diagnóstico correto da HA e seu prognóstico, possibilitando a escolha da melhor conduta preventiva e terapêutica para o paciente e para isto deve-se obter uma história clínica (anamnese correta) completa bem enriquecida com perguntas sobre o tempo de diagnóstico, evolução e tratamento prévio no paciente. Não esquecer que é de grande importância às informações sobre a história familiar para poder aumentar a certeza do diagnóstico de HAS. Não podemos chegar ao diagnóstico clínico certo sem avaliar a história tanto pessoal como aquela familiar do individuo e para isto utilizo a citação de Winston Churchill (1948): “Quanto mais longe você olhar para trás, mais longe enxergará à sua frente”. (BRASIL, 2011, p. 3).

A técnica de aferição da pressão arterial, como parte do exame clínico do paciente deve ser realizada, com técnica adequada, na posição sentada, cumprimentando-se de acordo com os procedimentos a seguir nesta técnica correta de medida pressão arterial. Na aferição dos dados antropométricos de peso e estatura (para cálculo do índice de massa corporal (IMC), usam-se equações rotineiramente utilizadas na prática clínica para a avaliação nutricional certa). A concentração de gordura na região abdominal (obesidade abdominal visceral) é um indicador fortemente associado à obesidade visceral, e esta, por sua vez, se relaciona com alto risco de morbidade e mortalidade principalmente cardiovascular e deve ser feita por meio da técnica adequada de aferição da circunferência abdominal (CA) e frequência cardíaca (FC). Esta é representada pelo número de vezes que o coração bate por minuto; seria um indicador do trabalho cardíaco. Quando o coração não bate a uma frequência regular, tem-se a arritmia, anormalidades na frequência cardíaca geralmente indicam algum tipo de doença cardiovascular, todos estes cálculos antropométricos e cardiovasculares devem ser registrados e preenchidos corretamente no prontuário do paciente (ALMEIDA; ALMEIDA; ARAUJO, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Depois de uma história clínica completa com todos os dados relevantes sobre a HAS, fatores de risco, um exame físico que deve ser feito de forma minuciosa, buscando sinais sugestivos de lesões de órgãos-alvo é necessário realizar procederes a tecnológicos de investigação laboratorial básica, sendo uma avaliação complementar com o objetivo de detectar lesões subclínicas ou clínicas em órgãos-alvo, no sentido de melhorar a estratificação de risco CV no indivíduo (SCHAEFER *et al.*, 2015). “Para a estratificação do risco CV globais deverão ser levados em conta os FR clássicos, assim como os novos FR que foram identificados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p.14)

A identificação dos indivíduos assintomáticos que estão mais predispostos é crucial e importante para a prevenção efetiva de eventos cardiovasculares baseados na identificação dos novos FR, por meio de exames complementares laboratoriais em que podemos suspeitar de primeiras manifestações da doença aterosclerótica como complicação inicial dentro dos fatores de risco cardiovascular global. Destacam-se entre eles a glicemia de jejum (entre 100 mg/dl e 125 mg/dl), hemoglobina glicosada

(HbA1c) anormal, obesidade abdominal (síndrome metabólica). São importantes também os valores médios das pressões sistólica, diastólica e de pulso (PAS, PAD e PP, respectivamente) e da pressão arterial média (PAM) expressos em mmHg. > 65 mmHg em idosos; de grande relevância também a presença de histórico de pré-eclâmpsia, e eclâmpsia, existência de história familiar de HA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

As frequências de exames alterados são maiores tanto entre os pacientes hipertensos como naqueles com outros fatores de risco, como a obesidade, tabagismo e ingestão alcoólica, o que nos obriga a fazer uma avaliação laboratorial rápida e oportuna como parte da rotina inicial dos exames complementares de todo paciente hipertenso.

A estimativa correta da função renal é importante para os cálculos da taxa de filtração glomerular, não só com o objetivo de fazer o diagnóstico de uma Doença Renal Crônica (DRC) como também como proceder ao tratamento adequado deste tipo de doença. Assim, administram-se desta forma as doses adequadas de medicamentos segundo corresponda ao grau de comprometimento renal, bem como definir o prognóstico possível, interpretando possíveis presenças de sintomas urêmicos e poder tomar a decisão adequada e precoce para poder iniciar a terapêutica renal substitutiva definitiva, com vista a salvaguardar e recuperar a qualidade de vida do paciente (SCHAEFER *et al.*, 2015, p. 186).

5.3 Proteger e promover a saúde por meio de ações educativas

As ações educativas são parte das atividades inerentes ao processo de atenção em saúde com o objetivo de elevar o nível de conhecimento sobre suas doenças e dos familiares, empoderando-os de tal forma que se obtém maior controle de suas doenças seja por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas, dependendo de cada situação.

Enfatizamos que mudanças no estilo de vida são medidas muito importantes para poder modificar fatores de risco que originam a HAS e suas complicações de tipo cardiovascular. Entre estas podemos destacar a redução do consumo de álcool, facilitando no indivíduo a adesão ao tratamento de desintoxicação; por outro lado

temos o controle da obesidade com uma dieta bem equilibrada, unida à prática regular e sistemática de atividade física, sendo uma boa opção para emagrecer e reduzir de forma considerável os níveis lipídeos e das cifras de pressão arterial, possibilitando que o indivíduo possa se sentir física e mentalmente melhor. Ademais tem também grande importância a cessação do tabagismo, fator de risco que pode ser modificável por meio das medidas para o controle do mesmo, e desta forma favorecer a redução dos níveis pressóricos arteriais e a prevenção de complicações (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

É um grande desafio para a equipe de saúde informar o paciente sobre os possíveis fatores de risco que podem afetar sua saúde, bem como a adesão do paciente às orientações dos profissionais de saúde, no sentido de melhorar a eficiência das medidas farmacológicas e não-farmacológicas e a fidelidade às recomendações, para redução do risco global. É importante estimar indicadores e termos relacionados ao envelhecimento, como “idade vascular” ou “idade cardiometabólica”, já que a idade contribui para o aparecimento da síndrome metabólica (SM) ou risco cardiovascular. Há um aumento da frequência da SM conforme o avanço da idade. Tendo em conta este critério é necessário fazer a identificação dos fatores prognósticos (provável evolução da doença), e adotá-los como ferramenta prática na prevenção e progressão da doença cardiovascular e na estratégia para modificação dos FR (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

5.4 Prevenção primária

5.4.1 Medidas não medicamentosas

Para o Ministério da Saúde, “o tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia” (BRASIL, 2013, p.57).

O processo tecnológico industrial nos possibilitou modificar nosso estilo de vida, cheio de lazeres, prazeres naturais, passearmos pelos parques, práticas esportivas, camping, sem grandes preocupações; tornamo-nos mais dependente do trabalho, sem tempo para nos dedicar ao lazer e à nossa família; acostumamo-nos à falta de atividade física, provocando maus hábitos como o sedentarismo. Mudanças nestes

estilos de vida são entusiasticamente recomendadas e necessárias na prevenção da HAS e suas complicações. Recomenda-se a motivação psicológica para poder ajudar as mudanças daqueles estilos de vida que reduzem a PA, e suas complicações como a morbimortalidade cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Ao longo dos anos de vida, nosso corpo sofre alterações da composição fisiológica e anatômica corporal; quando criança e adolescência o metabolismo é mais acelerado e na etapa adulta começa a desacelerar e a diminuir. Certos fatores externos começam a mudar nosso modo e estilo de vida, como: hábitos (fumo, álcool e outros), ambiente pouco saudável e alimentação inadequada. É tempo já de fazer mudanças em nosso estilo de vida e hábitos não saudáveis, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas, sem transgredi-las (BRASIL, 2013). Portanto as principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo, prática contínua e controlada de exercício físico e esporte. Essas mudanças devem acompanhar a pessoa por toda a sua vida.

As medidas não medicamentosas, como mudanças no estilo de vida e prática de hábitos de vida saudáveis são certamente recomendadas, pois para um indivíduo uma boa qualidade de vida é fundamental, e a busca de hábitos saudáveis e adoção são para toda a vida, com boa manutenção não somente física, mas também emocional e social. A redução da PA e, conseqüentemente, da morbidade cardiovascular possibilitam a prevenção primária de complicações do risco cardiovascular e sua detecção precoce devem ser as metas primárias de todo profissionais de saúde, já que são as formas mais efetivas de evitar estes tipos de doenças (NOBRE *et al.*, 2010).

Outros fatores de risco cardiovascular comumente se associam à HAS, conhecidos como fatores ambientais principais de tipo modificáveis da hipertensão arterial, e são os hábitos alimentares inadequados, principalmente ingestão excessiva de sal e baixo consumo de vegetais, sedentarismo, obesidade e consumo exagerado de álcool, grandes provocadores de distúrbios do metabolismo da glicose e dos lipídios

como prognóstico. Esses conhecimentos nos ajudam a fazer mudanças no estilo de vida, tão importantes na prevenção e tratamento da HAS, podendo-se obter desta forma a redução da pressão arterial e diminuição do risco cardiovascular por meio do controle desses fatores de risco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007). (ANEXO B).

5.4.2 Medidas medicamentosas

Muitas estratégias foram empregadas no tratamento de HAS durante toda a história da medicina no mundo e no Brasil, por distintos profissionais da saúde com o objetivo de avaliar a sua eficácia e segurança do tratamento medicamentoso, e outros foram realizados na busca da prevenção da HAS.

Nos estudos Trophy e Pharo (WILLIAMS *et al.*, 2008; LÜDERS; SCHRADER; BERGER, 2008) a estratégia medicamentosa foi bem tolerada, tendo em conta interações e reações adversas medicamentosas, e resultou efetivo e seguro na prevenção e desenvolvimento de HAS com boa resposta em populações jovens de alto risco. O risco cardiovascular aumenta paralelamente com o aumento da pressão arterial, tornando-se clinicamente e epidemiologicamente importante o manejo dos indivíduos que apresentam pressão normal limítrofe (pressão arterial situa-se entre 130 mmHg e 139 mmHg para a pressão sistólica e entre 80 mmHg e 89 mmHg para a pressão diastólica).

Recomenda-se considerar o tratamento medicamentoso o mais oportuno possível apenas quando apareça ou há suspeita da presença de condições de risco cardiovascular global alto ou muito alto no indivíduo hipertenso limítrofe. Até o momento não encontrasse estudos que demonstrem resultados com alta eficácia neste tipo de tratamento preventivo com indivíduos hipertensos limítrofes sem evidências presentes no futuro de doenças cardiovasculares (WILLIAMS *et al.*, 2008; LÜDERS; SCHRADER; BERGER, 2008).

Por isso a estratégia terapêutica deverá ser indicada para cada pessoa, observando a estratificação de risco e a meta do nível de pressão arterial a ser alcançado por meio do controle de cada pessoa em consulta (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

As modificações e mudanças dos hábitos alimentares e do estilo de vida (tratamento não medicamentoso) são recomendadas para todas as pessoas, independentemente da presença ou não do risco cardiovascular.

A correspondência concordante entre a prescrição médica e a conduta do próprio paciente é fundamental no resultado favorável no controle da HAS. Para emprego isolado do tratamento não medicamentoso, ou associado ao tratamento medicamentoso como estratégia terapêutica, deve-se considerar a meta da pressão arterial a ser atingida. Devido à falta da compreensão adequada do paciente hipertenso e a adaptação a sua nova situação de saúde, torna-se importante uma grande vontade para a mudança comportamental permanente e contínua que favoreça o cumprimento das medidas terapêuticas orientadas que estão em correspondência com o grau de risco cardiovascular (MACHADO; PIRES; LOBAO, 2012).

A estratégia de tratamento da hipertensão arterial é de caráter integral e está em correspondência com a estratificação do risco cardiovascular.

A importância do tratamento adequado da hipertensão arterial, como a de outros fatores de risco, risco global, reside no facto de o seu controlo traz com ele uma diminuição das complicações clínicas dessas doenças. Um dos problemas é a sua elevada prevalência, acometendo mais de um bilhão de pessoas, que acrescenta que nem todos os pacientes hipertensos são diagnosticados, tratados ou controlados (CASTILLO ÁLVAREZ *et al.*, 2015).

Existem princípios gerais do tratamento medicamentoso e os aspectos importantes na escolha do anti-hipertensivo estão no ANEXO C. Deve-se explicar, “detalhadamente, aos pacientes a ocorrência de possíveis efeitos adversos pelos agentes anti-hipertensivos” e a “possibilidade de eventuais modificações na terapêutica anteriormente instituída” por outra de maior efetividade, que existe um tempo necessário para que o efeito pleno dos medicamentos seja obtido e exista uma boa adesão ao tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.22).

Tem muita importância também a escolha do medicamento, donde deve estar em acordo com os princípios gerais descritos anteriormente, como que seja eficaz por via oral, bem tolerado, menor número de tomadas diárias com preferência a posologia de dose única diária, deve ser iniciada com as menores doses efetivas, podendo ser aumentadas gradativamente e ou associar-se a outro tipo de hipotensor de classe farmacológica diferente sobre todo se surgirem efeitos indesejáveis, período mínimo de quatro semanas para o aumento da dose ou associação de drogas, instruir o paciente sobre sua doença, efeitos colaterais e considerar as condições socioeconômicas presentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Qualquer grupo de medicamentos dos anti-hipertensivos (ANEXO D), com exceção dos vasodilatadores de ação direta, pode ser utilizado para o controle da pressão arterial em monoterapia inicial, especialmente para pacientes portadores de hipertensão arterial em estágio leve a moderada (estágio 1) que não responderam às medidas não medicamentosas. Quanto àqueles pacientes em estágios 2 e 3, pode-se considerar o uso de associações fixas de medicamentos anti-hipertensivos como terapia inicial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

5.5 Estratégias para implementação de medidas de prevenção

Cumprir com as estratégias traçadas visando melhorar as medidas de prevenção na HAS implementadas representa um grande desafio para todos os profissionais da saúde.

No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões e um menor número é assistido pelos serviços privados. As evidências mostram que as mudanças no estilo de vida reduzem as cifras pressóricas de pressão arterial, e tem grande impacto para a redução da morbimortalidade como a mortalidade por doenças cardiovasculares, bem como cerebrovasculares como arterial coronária. Hoje está demonstrado que as medidas de prevenção primária da HAS, tão iguais como a detecção precoce da mesma, podem constituir as formas muito mais efetivas com o único objetivo de poder evitar todas aquelas doenças cardiovasculares causadas por esta doença, as quais deveriam ser

bem estabelecidas como metas prioritárias a ser cumpridas por todos os profissionais de saúde no Brasil e no mundo (NOBRE *et al.* 2010).

As ações como diagnóstico, prevenção e tratamento da hipertensão arterial envolvem conhecimentos atualizados que fundamentem a compreensão da doença, suas interrelações e complicações e as necessidades da introdução de mudanças de hábitos e estilos de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Como estratégia principal de organização de serviço na atenção básica a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que deve contar com uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, fisioterapeutas, musicoterapeutas, farmacêuticos, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde, todos integrados com o único objetivo, prevenir a HAS e suas complicações para uma melhor qualidade de vida nos indivíduos, a família e comunidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Os membros de uma equipe de saúde devem trabalhar de forma unida e em acordo com os limites e especificidades de sua formação profissional, e respeitada estas especificidades em cada um dos membros necessitam conhecer a ação individual de cada um dos membros da equipe. Deve-se adequar os locais e condições de trabalho a cada uma das realidades presentes em cada comunidade. As principais vantagens desse tipo de atuação é que o número de indivíduos atendidos será maior no trabalho diário em equipe. Com o cumprimento de todas estas medidas seria possível uma melhor adesão ao tratamento dos pacientes, sendo superiores os resultados e por sua vez cada paciente poderá ser um replicador de conhecimentos e atitudes fornecidos. Haverá incremento com qualidade das ações de pesquisa em serviço. E como vantagem adicional, teremos as possibilidades de formação e crescimento de um novo tipo de profissional nos serviços de saúde como um todo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Estudos epidemiológicos atualizados de base populacional, no Brasil e no mundo, demonstraram que é fundamental conhecer a distribuição (análise por tempo, local e características dos indivíduo) da exposição e do adoecimento por hipertensão arterial sistêmica e os determinantes que podem influenciar na apareciam da

mesma, como fatores físicos, biológicos, sociais, culturais e comportamentais. É importante também ter em conta certas condições relacionadas à saúde que guardam relação com o modo e estilo de vida dos indivíduos e na comunidade, que se comportam ao mesmo tempo como fatores de risco de HAS, mortalidade por complicações cardiovasculares consequente da hipertensão arterial. Estas condições que influenciam na dinâmica desses padrões de risco presentes nas comunidades e no indivíduo incluem também os hábitos de vida como fator de risco importante (fumo, dieta e atividade física). Uma vez identificados os maiores fatores de risco para doenças cardiovasculares, é fundamental estabelecer as estratégias de controle mais efetivas de forma combinadas com a educação para a saúde comunitária e o monitoramento da população-alvo e dos indivíduos de alto risco, contribuindo desta para diminuir de forma substancial a mortalidade por Hipertensão arterial e complicações de tipo cardiovascular o que trouxe consigo um major desenvolvimento na saúde pública no Brasil (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

5.6 Elevar o nível de conhecimento da população

Estudos clínicos demonstraram que é necessária uma abordagem multiprofissional capaz de aumentar a prevenção e a detecção oportuna destas doenças cardiovasculares, unidas ao tratamento e ao controle da HAS, ações como estas são fundamentais na busca e redução dos eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O Dia Mundial de Luta contra a hipertensão (LXAXP) foi estabelecida pelo mundo Liga de Hipertensão Arterial (WHL), os membros dos quais 85 ligas nacionais e sociedades de hipertensão, Cuba entre eles. A ideia é dedicar um dia por ano para esta doença e a partir de 2006, foi acordado que a 17 de Maio, o Dia Mundial da hipertensão arterial. O objetivo é incentivar o maior número possível de pessoas a consciência do perigo que representa esta doença e a importância do seu controle. Isto é de particular importância devido à falta de conhecimento adequado sobre a condição da maioria dos pacientes hipertensos. Por meio de tópicos específicos, o WHL pretende difundir a consciência não só sobre a hipertensão arterial em si, mas também sobre os fatores que contribuem para o aumento da sua incidência e as

formas de prevenir a elas. No passado ano 2010, o tema central foi "peso saudável, saudável pressão arterial" (CASTILLO ÁLVAREZ *et al.*, 2015).

A educação em saúde é fundamental e deve ser priorizada como parte do papel educativo e aquisitivo do conhecimento nos pacientes, mas estamos dando os primeiros passos na implementação de medidas efetivas para provocar mudanças no estilo de vida da pessoa com HAS. Entretanto, estas mostram-se ser de caráter lento na atualidade e dependem de muitas medidas educativas de forma continuada. Portanto, devem ser promovidas por meio de ações individuais ou coletivas para incentivar a mudança de estilo de vida para adoção de hábitos saudáveis, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada paciente e de ações coletivas de modo a ampliar o campo de ação e apresentar de forma melhor a relação custo-benefício, podendo, assim, ser mantidas em longo prazo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Está demonstrado que o trabalho da equipe multiprofissional é um instrumento de grande valor que contribuirá de forma eficaz para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla do problema, possibilitando-lhes maneiras mais eficientes de estimulação na aquisição do conhecimento e sua vez motivação para vencer o desafio e adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida e adesão ao tratamento, proposto pela equipe com base no risco cardiovascular global (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

A promoção à saúde por meio de ações educativas, com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco individuais e produção de material educativo em grupo de acordo com as especificidades, participação em projetos de pesquisa são ações comuns à equipe multiprofissional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

É preciso considerar que as ações educativas e terapêuticas em saúde devem ser desenvolvidas em forma de interação entre profissionais e grupos de pacientes, seus familiares e a comunidade, sendo adicionais às atividades individuais com cada usuário. Compete à equipe utilizar os recursos disponíveis para orientação, educação e motivação de mudanças de hábitos saudáveis de vida, com vistas à

diminuição dos fatores de risco cardiovasculares, bem como incentivar o uso ininterrupto dos medicamentos prescritos.

As atividades comunitárias e conscientização constituem um trabalho em equipe multiprofissional e multidisciplinar indissolúvel que deve procurar estimular, por meio dos pacientes, dos representantes da comunidade, de profissionais da área de comunicação e da sociedade civil, o desenvolvimento de atividades comunitárias como os programas comunitários. Uma comunidade bem orientada e direcionada a seus objetivos por meio da cooperação e do diálogo, com a perspectiva de fortalecimento comunitário e do desenvolvimento da consciência social e pessoal com responsabilidade de resolver qualquer problema de saúde por muito difícil seja. Uma das melhores armas para prevenir, tratar e adquirir novos conhecimentos é a criação de grupos, ligas e associações de pessoas com Hipertensão Arterial o que pode contribuir para aumentar a adesão do paciente ao tratamento instituído e como parte das atividades conjuntas (equipes/pacientes) que devem ocorrer de forma e concomitantemente, reunindo diversas equipes multiprofissionais e grupos de pacientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Esse projeto refere-se ao problema “alta prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica” conforme priorizado em etapas anteriores, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado, incluindo as ações relativas a cada nó crítico detalhadas nos Quadros 3 a 9 (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado

A equipe escolheu a alta prevalência e incidência de enfermidades crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), por ser maior de idade importância para fazer o estudo de intervenção.

Problema: Alta prevalência e incidência de enfermidades crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus. A população em nossa área de abrangência é de 2.841 e 73,49% estão com idades entre 20 anos e mais velhos, idades em que começa o risco cardiovascular aumentar; A HAS representa em este grupo o 10.44%, a DM atinge 2.72% da população acima de 20 anos, entre outras entidades de doença que não mencionam, de uma amostra representativa ao período do tempo de setembro-dezembro de 2016 do período de trabalho que eu comecei a trabalhar neste posto de saúde. Este passo tem como objetivo entender a gênese do problema que queremos enfrentar a partir da identificação das suas causas como explicado abaixo.

6.2 Explicação do problema selecionado

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle e é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS é um dos maiores problemas enfrentados pela população e a equipe de nossa ESF Kwait. É uma patologia com uma estreita relação com a baixa qualidade de vida das pessoas de nossa área de abrangência, representando um desafio entre os problemas de saúde a enfrentar no futuro. A comunidade apresenta estatísticas similares ao município e com outras partes do país, ocupando muito as demandas das consultas na ESF. Números significativos de usuários mostram grandes dificuldades com a adesão ao tratamento, relacionado tanto com as medidas não medicamentosas como medicamentosas, aumentando ainda mais o risco cardiovascular um dos principais causadores de problemas de morte no município de Sete Lagoas.

No Quadro 2 é ilustrada a quantidade de usuários com HAS cadastrados e acompanhados e alguns outros fatores de risco encontrados na população estudada. Dados que foram levantados de registros da ESF e do *site* eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

Quadro 2 - Descritores dos usuários com HAS e alguns fatores de risco associados. ESF Kwait, Sete Lagoas/ MG, 2016.

| Descritores | Valores |
|-------------------------------|---------|
| Hipertensos esperados | 391 |
| Hipertensos cadastrados | 365 |
| Hipertensos acompanhados | 218 |
| Hipertensos Controlados | 174 |
| Diabéticos esperados | 121 |
| Diabéticos cadastrados | 107 |
| Diabéticos acompanhados | 57 |
| Portadores de dislipidemia | 87 |
| Desnutridos por excesso | 109 |
| Tabagistas | 265 |
| Sedentários | 151 |
| Complicações cardiovasculares | 22 |

Fontes: Registro da equipe.

6.3 Seleção dos nós críticos

Os “nós críticos” considerados do problema priorizado pela equipe foram:

- Entendimento da doença.
- Hábitos de vida:
- Alimentação inadequada, sedentarismo, obesidade, tabagismo, estresse, etc.
- Adesão ao tratamento.
- Consultas periódicas.
- Prevenção de complicações.
- Nível de informação.
- Processo de trabalho da equipe de saúde.

6.4 Desenho das operações

As operações foram construídas de acordo com cada “nó crítico”.

Foram elaborados quadros onde foram especificados: projeto, resultados esperados, produtos esperados, recursos necessários, ações estratégicas, controle dos recursos críticos, responsáveis pelo acompanhamento das operações, prazo, processo de monitoramento e avaliação das operações.

A seguir são apresentados os quadros 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 com as operações.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Entendimento da Doença”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Kwait, do município Sete Lagoas, estado de Minas Gerais.

| | |
|--|---|
| Nó crítico 1 | Entendimento da doença. |
| Operação | Aumentar o nível de informação da População sobre os riscos cardiovasculares por HAS e DM, entre outras doenças. |
| Projeto | Saber + |
| Resultados esperados | População mais informada sobre riscos cardiovasculares por HAS. Melhor compreensão dos usuários com HAS, seus familiares e ACS sobre a doença, fatores de risco, complicações e tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Incluir ao grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos usuários diabéticos e de esta forma reduzir em 50% o índice de complicações cardiovascular por HAS. |
| Produtos esperados | Avaliação do nível de informação e conhecimento da população sobre HAS, o tratamento nutricional e seu risco por meio de campanha educativa na rádio local; Programa de Escolar; Capacitação dos alunos e de cuidadores. Programas de educação permanente para os ACS e a comunidade. Maior número de familiares participando e acompanhando o tratamento de usuários com HAS e em exercícios controlados. |
| Recursos necessários | Estrutural: organizar a agenda. Cognitivo: conhecimento sobre estratégias de comunicação e informação sobre o tema. Financeiro: para recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. Político: articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. |
| Recursos críticos | Estrutural: Inicialmente serão desenvolvidas oficinas de planejamento e de capacitação com os profissionais, em especial com as ACS para que se tornem multiplicadoras de informações relativas à alimentação saudável do usuário hipertenso, Cognitivo: Informações sobre o tema uma vez por semana com tempo de duração de 1 hora, durante dois meses. Afixar cartazes e distribuir folders e folhetos na recepção da ESF. Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Mobilização intersetorial (Secretaria da Saúde e Educação) Financeiro: Recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos). |
| Controle dos recursos críticos | Ator que controla: Secretaria de Educação junto aos profissionais da ESF. Motivação: Favorável. |
| Ações estratégicas | Apresentar planilha sobre o índice de conhecimento sobre o HAS e a nutrição por parte da comunidade e dos ACS. Apresentar projeto de educação continuada. |
| Prazo | Início em dois meses e término em três meses; |
| Responsáveis pelo acompanhamento das operações | Secretario de Saúde, médico, enfermeira e agentes de saúde e técnico em enfermagem. |
| Processo de monitoramento e avaliação das operações | Avaliação do nível de informação da população sobre risco cardiovascular; campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; capacitação dos ACS e dos cuidadores. |

Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Hábitos de vida”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Kwait, do município Sete Lagoas, estado de Minas Gerais.

| | |
|--|--|
| Nó crítico 2 | Hábitos e estilos de vida inadequados. Alimentação inadequada, sedentarismo, obesidade, tabagismo, estresse, etc. |
| Operação | Modificar hábitos e estilos de vida dos usuários com HAS, seus familiares e população em geral. |
| Projeto | + saúde. |
| Resultados esperados | Diminuir o índice de pessoas (20%) com HAS, sedentárias tabagistas e obesas no prazo de um ano. Conscientizar a população da importância de hábitos saudáveis. Prevenir o HAS e suas complicações. |
| Produtos esperados | Programa desenhado, campanha na rádio local; Campanhas educativas de nutrição balanceada através de folders, cartazes, palestras, rodam de conversa e dinâmica de grupo. Programação de atividades físicas e caminhadas pelo menos 1 hora três vezes por semanas de início e de forma controlado por o Educador Físico. Campanha de prevenção com orientação nutricional. |
| Recursos necessários | Estrutural: para caminhadas. Organização de atividades de educação nutricional, uma vez por semana com tempo de duração de 1 hora, durante dois meses e plano de exercícios físicos supervisionados, 2 vezes por semana por 6 meses. Cognitivo: informação em estratégias de saúde. Busca de informação sobre o tema. Político: conseguir o local, mobilização social Intersetorial com a rede. Mobilização social para formar parcerias com educadores físicos, voluntários, espaço para as atividades físicas e parcerias com agências de publicidades. Financeiro: para recursos audiovisuais, Aquisição dos folhetos educativos, etc. |
| Recursos críticos | Político: Disponibilização de espaços físicos para as atividades físicas e adesão de educadores físico-voluntários e nutricionista. Conseguir o espaço na rádio local; Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. Obtenção de verba para confecção dos folhetos educativos. |
| Controle dos recursos críticos | Ator que controla: Profissionais de saúde da ESF. Setor de comunicação social. Secretário de Saúde. Motivação: Favorável. |
| Ações estratégicas | Reunião com a equipe de saúde e o NASF. |
| Prazo | Três meses para o início das atividades. |
| Responsáveis pelo acompanhamento das operações | Secretário de Saúde. Enfermeira, técnica de enfermagem, ACS e nutricionista e educador físico. |
| Processo de monitoramento e avaliação das operações | Programa de caminhada orientada; campanha educativa na rádio local; programa “Merenda Saudável”. Reunião mensal de acompanhamento com a enfermeira, nutricionista e médica. Avaliação nutricional dos usuários com HAS após seis meses de início das atividades. |

Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Kwait, do município Sete Lagoas, estado de Minas Gerais.

| | |
|--|--|
| Nó crítico 3 | Adesão ao tratamento. |
| Operação | Definir pela equipe de trabalho os universos de pessoas com risco cardio Vascular por HAS. Informar a equipe e população sobre o aumento da incidência de HAS. |
| Projeto | Saber+. |
| Resultados esperados | Maior informação e conhecimento dos pacientes hipertensos. Incrementar o nível de conhecimento sobre HAS, importância de adesão ao tratamento e o risco cardiovascular. |
| Produtos esperados | Avaliação do nível de informação da população sobre risco cardiovascular. Cadastrar todos os hipertensos. Campanha educativa na rádio local. Uma maior preparação da equipe de trabalho. Reduzir em 50% os índices de complicações cardiovasculares por HAS. |
| Recursos necessários | Cognitivo: conhecimento sobre estratégias de comunicação. Organizacional: organização da agenda. Político: articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. |
| Recursos críticos | Político: articulação intersetorial com Secretaria de Educação. |
| Controle dos recursos críticos | Ator que controla: Secretaria de Educação. Motivação: Favorável. |
| Ações estratégicas | Apresentar planilha sobre o índice de conhecimento sobre o HAS e a nutrição por parte da comunidade e dos ACS. Apresentar projeto de educação continuada. |
| Prazo | Início em dois meses e término em três meses. |
| Responsáveis pelo acompanhamento das operações | Secretaria de Educação. |
| Processo de monitoramento e avaliação das operações | Avaliação do nível de informação da população sobre risco cardiovascular; campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; capacitação dos ACS e dos cuidadores. |

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Consultas periódicas”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Kwait, do município Sete Lagoas, estado de Minas Gerais.

| | |
|--|--|
| Nó crítico 4 | Consultas periódicas. |
| Operações | Cuidar Melhor e Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento de pessoas com risco cardiovascular aumentado por HAS. Elaborar e programar a agenda de trabalho conforme as diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde. |
| Projeto | Cuidar Melhor. |
| Resultados esperados | Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para 80% dos diabéticos e hipertensos. Agendas organizadas. Atendimentos com horários flexíveis. Satisfação do usuário tendo uma melhor adesão. |
| Produtos esperados | Capacitação de pessoal; contratação de compra de exames e consultas especializadas; compra de medicamentos. |
| Recursos necessários | Estrutural: Organização da agenda programada e mudança no processo de trabalho da equipe para o correto acolhimento, orientação e atenção aos usuários com HAS, contribuindo para melhor controle da doença e comorbidades decorrentes do descontrole metabólico. Político: decisão de recursos para estruturar o serviço, apoio da gestão e envolvimento da equipe. Financeiro: aumento da oferta de exames, consultas e aquisição de agendas e atas. Cognitivo: Obtenção de informação sobre o tema, laboração e adequação. |
| Recursos críticos | Estrutural: Organização da agenda programada e mudança no processo de trabalho. Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço e apoio da gestão, envolvimento da equipe. Financeiro: recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas) e aquisição de agendas e atas. |
| Controle dos recursos críticos | Ator que controla: Prefeito Municipal, Secretário municipal de Saúde, Coordenação de atenção primária, Fundo Nacional de Saúde e Equipe de saúde da família. Motivação: Favorável. |
| Ações estratégicas | Apresentar projeto de estruturação da rede para a Secretaria de Saúde e a Coordenação de atenção primária. |
| Prazo | Quatro meses para apresentação do projeto e oito meses para aprovação e liberação dos recursos e quatro meses para compra dos equipamentos. |
| Responsáveis pelo acompanhamento das operações | Prefeito Municipal, Secretário de Saúde, Coordenação de atenção primária, médica e enfermeira e Coordenador de ABS. |
| Processo de monitoramento e avaliação das operações | Equipamento da rede; contratação de compras de exames e consultas especializadas e compra de medicamentos. Taxa de adequação do atendimento em relação à agenda programada. Relatório de avaliação das causas de abandono ou não adesão ao tratamento. |

Quadro 7 - Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “Prevenção de complicações”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Kwait, do município Sete Lagoas, estado de Minas Gerais.

| | |
|--|---|
| Nó crítico 5 | Prevenção de complicações. |
| Operações | Aumentar o nível de informação da População sobre os riscos cardiovasculares por HAS. Cuidar Melhor e Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de risco cardiovascular aumentado por HAS. Modificar hábitos e estilos de vida. |
| Projeto | Saber +, Cuidar Melhor e + saúde. |
| Resultados esperados | População mais informada sobre as causas dos riscos cardiovasculares. Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para 80% dos hipertensos. Diminuir 20% o de tabagista, obesos de 1 ano. |
| Produtos esperados | Avaliação do nível de informação da população de risco através de campanha educativa na rádio local; Programa de Escolar; Capacitação dos alunos e de cuidadores. Capacitação de pessoal; contratação de compra de exames, consultas especializadas e compra de medicamentos. Programa concebido como campanha na rádio local; programa para uma população mais saudável. |
| Recursos necessários | Cognitivo: conhecimento sobre estratégias de comunicação. Organizacional: organizada a agenda; Político: articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. |
| Recursos críticos | Político: articulação (intersetorial) com Secretaria de Educação, decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; conseguir o espaço na rádio local. Financeiros: recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas) e para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, entre outros. |
| Controle dos recursos críticos | Ator que controla: Prefeito Municipal. Secretaria de Educação. Secretário de Saúde. Setor de comunicação social. Fundo Nacional de Saúde. Motivação: Favorável. |
| Ações estratégicas | Apresentar projeto de estruturação da rede. |
| Prazo | Início em dois meses e término em três meses. |
| Responsáveis pelo acompanhamento das operações | Prefeito Municipal. Secretaria de Educação. Secretário de Saúde e Coordenador de ABS. |
| Processo de monitoramento e avaliação das operações | Avaliação do nível de informação da população sobre risco cardiovascular por HAS; campanha Educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; capacitação dos ACS e dos Cuidadores. Equipamento da rede; contratação de compras de exames e consultas especializadas e compra de medicamentos. Programa de caminhada orientada; campanha educativa na rádio local; programa “Merenda Saudável”. |

Quadro 8 - Operações sobre o “nó crítico 6” relacionado ao problema “Nível de informação”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Kwait, do município Sete Lagoas, estado de Minas Gerais.

| | |
|--|---|
| Nó crítico 6 | Nível de informação. |
| Operações | Aumentar o nível de informação da População sobre os riscos cardiovasculares por HAS. Aumentar o nível de conhecimento dos ACS, dos usuários com HAS e seus familiares sobre a doença, enfatizando a educação nutricional. |
| Projeto | Saber+. |
| Resultados esperados | População mais informada sobre riscos cardiovasculares. Melhor compreensão dos usuários com HAS, seus familiares e ACS sobre a doença, fatores de risco, complicações e tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Incluir ao grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos usuários hipertensos. |
| Produtos esperados | Avaliação do nível de informação da população de risco a través de campanha educativa na rádio local. Programa Escolar. Capacitação dos alunos e de cuidadores. Avaliação do nível de conhecimento sobre o HAS e o tratamento nutricional. Programas de educação permanente para os ACS e a comunidade. Maior número de familiares participando e acompanhando o tratamento de usuários com HAS. |
| Recursos necessários | Cognitivo: conhecimento sobre estratégias de comunicação. Informações sobre o tema. Organizacional: organização da agenda. Programar até 2 vezes por semana com duração de 1 hora por 2 semanas. Posteriormente a equipe utilizará algumas técnicas educativas e participativas como palestras, rodas de conversa e dinâmica de grupo para explicar o tema aos usuários com HAS e familiares, uma vez por semana com tempo de duração de 1 hora, durante dois meses. Ao término das atividades se esclarecerão dúvidas sobre os aspectos tratados e se recolheram sugestões e demandas trazidas pelos participantes para próximos encontros. Afixar cartazes e distribuir folders e folhetos na recepção da ESF. Político: articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. Financeiro: Aquisição de materiais educativos e recursos audiovisuais. |
| Recursos críticos | Político > articulação (intersetorial) com Secretaria de Educação. Mobilização intersetorial (Secretaria da Saúde e Educação) Organizacional: Cumprimento da agenda. Financeiro: Aquisição de materiais educativos e recursos audiovisuais. |
| Controle dos recursos críticos | Ator que controla: Secretaria de Educação e Profissionais da ESF Motivação: Favorável. |
| Ações estratégicas | Apresentar planilha sobre o índice de conhecimento sobre o HAS e a nutrição por parte da comunidade e dos ACS. Apresentar projeto de educação continuada. |
| Prazo | Início em e trinta dias para o planejamento das ações, grupos operativos, sensibilização da equipe e elaboração dos materiais a utilizar e término em dois meses para o início das atividades. |
| Responsáveis pelo acompanhamento das operações | Secretaria de Educação. Enfermeira, médica, técnica de enfermagem e ACS. |
| Processo de monitoramento e avaliação das operações | Avaliação do nível de informação da população sobre risco cardiovascular; campanha educativa na rádio local. Programa de Saúde Escolar. Capacitação dos ACS e dos cuidadores. Realização de avaliações técnicas por meio da aplicação de um questionário ao grupo e relatórios de presença dos usuários com HAS e seus familiares a cada palestra. |

Quadro 9 – Operações sobre o “nó crítico 7” relacionado ao problema “Processo de trabalho da equipe de saúde”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Kwait, do município Sete Lagoas, estado de Minas Gerais.

| | |
|--|--|
| Nó crítico 7 | Processo de trabalho da equipe de saúde |
| Operações | Elaborar e programar a agenda de trabalho conforme as diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde. Implantar a linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado (HAS e DM), incluindo os mecanismos de referência e contrarreferência. |
| Projeto | Cuidar +. Linha de Cuidado. |
| Resultados esperados | Agendas organizadas. Atendimentos com horários flexíveis. Satisfação do usuário tendo uma melhor adesão. |
| Produtos esperados | Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada; protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha cuidado. |
| Recursos necessários | Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos. Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional: adequação de fluxos (referência e contrarreferência). |
| Recursos críticos | Político: articulação entre os setores assistenciais da saúde. |
| Controle dos recursos críticos | Ator que controla: Secretário Municipal de Saúde. Motivação: Favorável. |
| Ações estratégicas | Apresentar o projeto para a Secretaria de Saúde e a coordenação de atenção primária. |
| Prazo | Início em três meses e finalização em 12 meses. |
| Responsáveis pelo acompanhamento das operações | Prefeito Municipal. Secretário de Saúde. E coordenador da ABS. |
| Processo de monitoramento e avaliação das operações | Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada; protocolos implantados de recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha de cuidado implantada. |

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão arterial sempre tem sido motivo de preocupação e atenção por parte de todos os profissionais de saúde, bem como pelas autoridades sanitárias e administrativas no Brasil e no Mundo, dado ser uma doença crônica e seus riscos elevados de acontecer complicações cardiovasculares graves quando não é tratada de forma oportuna. É preocupante que cada dia apareçam mais indivíduos jovens. Pode ser uma doença de tipo reversível, desde o momento em que se adotem hábitos de vida saudáveis, interpretando de forma certa o processo saúde-doença, a Hipertensão Arterial e a influência favorecedora na adesão ao tratamento de forma oportuna, consciente e disciplinada.

A estratégia de intervenção possibilita aumentar o nível de conhecimento da população sobre a hipertensão arterial, controle de fatores de risco e reduzir as complicações. Espera-se com os resultados obtidos em nossa comunidade melhorar a qualidade de vida nossa população com a aquisição de estilos de vida saudáveis.

Como estratégia na assistência médica é importante e necessário que os planos de intervenção estruturados não sejam focalizados somente nos usuários com HAS, mas também envolvam uma boa comunicação da equipe de saúde com o paciente hipertenso, a família e a comunidade da área de abrangência, com o simples propósito de aumentar o conhecimento da população de modo geral sobre a hipertensão arterial e suas complicações. É fundamental elevar o conhecimento científico atualizado dos profissionais da saúde e equipe de saúde de forma integradora neste processo, permitindo que estes possam assistir e orientar melhor aos pacientes hipertensos e seus familiares.

Dessa maneira a educação em saúde e o aperfeiçoamento do atendimento para usuários com HAS mostram-se eficazes para a melhora do prognóstico, da expectativa de vida e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. T.; ALMEIDA, M. M. G.; ARAUJO, T. M.. Obesidade abdominal e risco cardiovascular: desempenho de indicadores antropométricos em mulheres. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.92, n.5, p.375-380, 2009.

BORGES, H. P.; CRUZ, N. C.; MOURA, E. C.. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v.91, n.2, p.110-118, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história.** Série I. História da Saúde. Brasília – DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf> Acesso em: 09/11/17 – 15:40:20.

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

CASTILLO ALVAREZ, Y. de La C. et al . Incidencia y prevalencia de hipertensión arterial registradas en el Día Mundial de la Hipertensión 2011. Experiencia de un grupo de trabajo: Experience of a working party. **Rev cubana med**, Ciudad de la Habana, v.51, n.1, p.25-34, marzo 2012. Disponível em: <<http://scielo.sld.cu/scielo.php? 75232011000300002&lng=es&nrm=iso>>. Acesso em: 17 jul. 2015.

FIGUEIRINHA, F.; HERDY, G. V. H.. Hipertensão Arterial em Pré-Adolescentes e Adolescentes de Petrópolis: Prevalência e Correlação com Sobrepeso e Obesidade. **Int. J Cardiovasc. Sci.**, v.30, n.3, p.243-250, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56472017000300243&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Minas Gerais.** 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=316720&search=minas-gerais|sete-lagoas>>. Acesso em: 20 set. 2016.

LÜDERS, S.; SCHRADER, J.; BERGER, J. et al.. The PHARAO study: prevention of hypertension with the angiotensin-converting enzyme inhibitor ramipril in patients with high-normal blood pressure – a prospective, randomized, controlled prevention trial of the German Hypertension League. **J Hypertens.**, v.26, n.7, p.1487-96, Jul 2008.

MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. S.; LOBAO, W. M.. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1357-1363, May 2012.

MENEZES, T. N. D. *et al.* Prevalência controle da hipertensão arterial em idosos: Um estudo populacional. **Rev. Port. Saúde Pública**, Lisboa, v.34, n.2, p.117-124, 2016. Disponível em: <<http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/pdf/S0870902516300062/S300/>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Série I. História da Saúde. Brasília – DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf> Acesso em: 09/11/17 – 15:40:20.

NOBRE, F. *et al.* VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.17, n.1, p.1-57, 2010.

OLIVEIRA, S. K. M.; CALDEIRA, A. P.. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. **Cad. Saúde Colet.**, v.24, n.4, p.420-427, 2016.

OLIVEIRA, T. L.; MIRANDA, L. P.; FERNANDES, P. S.; CALDEIRA, A. P.. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta paul. enferm.** [online], v.26, n.2, p. 79-184, 2013.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M.. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.15, n.1, p.35-45, 2006. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000100003&lng=pt&nrm=iso>.

PORTO, E. F. *et al.* Como o estilo de vida tem sido avaliado: revisão sistemática. **Acta Fisiatr.**, v.22, n.4, p.199-205, 2015.

ROSARIO, T. M. *et al.* Prevalencia, control y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica en Nobres – MT. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.93, n.6, p.672-678, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2015.

SCHAEFER, J. C. F. *et al.* Estimativa da função renal na população de 18 a 59 anos da cidade de Tubarão-SC: Um estudo de base populacional. Artigo original. Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). **J Bras Nefrol**, v.37, n.2, p.185-191, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n2/0101-2800-jbn-37-02-0185.pdf>>.

SETE LAGOAS. **Centros de atenção psicossocial da cidade realizam atendimento em rede.** Disponível em: <

<http://setelagoas.com.br/noticias/cidade/25959-centros-de-atencao-psicossocial-da-cidade-realizam-atendimento-em-rede-> >. Acesso em: 20 ago. 2017

SILVA, E. C. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Rev. bras. Epidemiol.**, v.19, n.1, p.38-51, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n1/1980-5497-rbepid-19-01-00038.pdf>.

SILVA, S. S. B. E.; OLIVEIRA, S. F. S. B.; PIERIN, A. M. G. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. **Rev Esc Enferm USP.**, v.50, n.1, p.50-58, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.107, n.3, supl.3, 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 89, n. 3, p. e24-e79, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1, suppl.1, p.51, 2010.

WILLIAMS, S. A. *et al.*. An evaluation of the effects of an angiotensin receptor blocker on health-related quality of life in patients with high-normal blood pressure (prehypertension) in the Trial of Preventing Hypertension (TROPHY). **J Clin. Hypertens**, v.10, n.6, p. 436-442, Jun 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons**. WHO: Geneva, 2004.

APÊNDICE A - Croque e foto da cidade de Sete Lagoas y suas características geográficas.



| Características geográficas | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| Área. | 537,639 km ² . |
| População. | 232 107 hab. Estim. IBGE/2015 |
| Densidade. | 431,72 hab./km ² |
| Altitude. | Média: 766,73 m |
| Clima. | Tropical de Altitudes |
| Fuso horário. | UTC-3 |

ANEXO A - Estratificação do risco do paciente hipertenso: risco cardiovascular adicional de acordo com os níveis da pressão arterial e a presença de fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e doença cardiovascular.

Tabela 7 - Estratificação do risco individual do paciente hipertenso: risco cardiovascular adicional de acordo com os níveis da pressão arterial e a presença de fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e doença cardiovascular

| Fatores de risco | Pressão arterial | | | | |
|---|---------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Normal | Limítrofe | Hipertensão estágio 1 | Hipertensão estágio 2 | Hipertensão estágio 3 |
| Sem fator de risco | Sem risco adicional | | Risco baixo | Risco médio | Risco alto |
| 1 a 2 fatores de risco | Risco baixo | Risco baixo | Risco médio | Risco médio | Risco muito alto |
| 3 ou mais fatores de risco ou lesão de órgãos-alvo ou diabetes melito | Risco médio | Risco alto | Risco alto | Risco alto | Risco muito alto |
| Doença cardiovascular | Risco alto | Risco muito alto | Risco muito alto | Risco muito alto | Risco muito alto |

ANEXO B - Modificações do estilo de vida no controle da pressão arterial (adaptado do JNC VII) *.

Tabela 1 - Modificações do estilo de vida no controle da pressão arterial (adaptado do JNC VII)*

| Modificação | Recomendação | Redução aproximada na PAS** |
|--------------------------------|--|--|
| Controle de peso | Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 kg/m ²) | 5 a 20 mmHg para cada 10 kg de peso reduzido |
| Padrão alimentar | Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta DASH | 8 a 14 mmHg |
| Redução do consumo de sal | Reduzir a ingestão de sódio para não mais de 100 mmol/dia = 2,4 g de sódio (6 g de sal/dia = 4 colheres de café rasas de sal = 4 g + 2 g de sal próprio dos alimentos) | 2 a 8 mmHg |
| Moderação no consumo de álcool | Limitar o consumo a 30 g/dia de etanol para os homens e 15 g/dia para mulheres | 2 a 4 mmHg |
| Exercício físico | Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 a 5 vezes/semana | 4 a 9 mmHg |

* Associar abandono do tabagismo para reduzir o risco cardiovascular. ** Pode haver efeito aditivo para algumas das medidas adotadas.

ANEXO C - Características importantes do anti-hipertensivo

Tabela 1 - Características importantes do anti-hipertensivo

Ser eficaz por via oral.

Ser bem tolerado.

Permitir a administração em menor número possível de tomadas, com preferência para dose única diária.

Ser iniciado com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente, pois quanto maior a dose, maiores serão as probabilidades de efeitos adversos.

Não ser obtido por meio de manipulação, pela inexistência de informações adequadas de controle de qualidade, bioequivalência e/ou de interação química dos compostos.

Ser considerado em associação para os pacientes com hipertensão em estágios 2 e 3 que, na maioria das vezes, não respondem à monoterapia.

Ser utilizado por um período mínimo de 4 semanas, salvo em situações especiais, para aumento de dose, substituição da monoterapia ou mudança das associações em uso.

ANEXO D - Classes de anti-hipertensivos para uso clínico

Tabela 2 - Classes de anti-hipertensivos para uso clínico

Diuréticos

Inibidores adrenérgicos

Ação central – agonistas alfa-2 centrais

Betabloqueadores – bloqueadores beta-adrenérgicos

Alfabloqueadores – bloqueadores alfa-1-adrenérgicos

Alfabloqueadores e Betabloqueadores

Bloqueadores dos canais de cálcio

Inibidores da ECA

Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II

Vasodilatadores diretos