

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

BRUNO MIRANDA PEDRO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA UM MELHOR CONTROLE,
ACOMPANHAMENTO E ADESÃO DOS PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO MUNICÍPIO DE SANTOS
DUMONT-MG**

SANTOS DUMONT/ MINAS GERAIS

2014

BRUNO MIRANDA PEDRO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA UM MELHOR CONTROLE,
ACOMPANHAMENTO E ADESÃO DOS PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO MUNICÍPIO DE SANTOS
DUMONT-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Palmira de Fátima Bonolo

SANTOS DUMONT / MINAS GERAIS

2015

BRUNO MIRANDA PEDRO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA UM MELHOR CONTROLE,
ACOMPANHAMENTO E ADESÃO DOS PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO MUNICÍPIO DE SANTOS
DUMONT-MG**

Banca Examinadora:

Profa. Dr^a Palmira de Fátima Bonolo

Prof.

Aprovado em Belo Horizonte,

Dedico este trabalho a minha Família pelo apoio incondicional e por nunca me deixar desistir. Obrigado pela força de sempre.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Márcio e Gláucia pela torcida constante e por sempre acreditarem em mim e as minhas irmãs por sempre me incentivarem nos momentos difíceis.

A todos os professores e mestres do Curso de Especialização em Saúde da Família.
Obrigado pelos ensinamentos e aprendizados.

“Todo nosso conhecimento se inicia com
sentimentos.”

LEONARDO DA VINCI

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar o problema da hipertensão no município de Santos Dumont. Para tanto foi necessário observar a realidade local bem como as práticas em saúde e hábitos de vida destes pacientes que são alvo do presente trabalho. A conduta dos pacientes desenha um panorama irregular na adesão ao esquema terapêutico, principalmente associado aos efeitos colaterais. Para tal análise e intervenção realizou-se o diagnóstico situacional e a aplicação da metodologia do planejamento estratégico em saúde para identificar como os pacientes hipertensos aceitam e enxergam as ações promovidas pela Unidade Básica de Saúde, bem como na sua rede de apoio social com relação ao enfrentamento da condição crônica da doença. A literatura aponta que os pacientes convivendo com a hipertensão devem manter um vínculo com a equipe da saúde da família e necessitam de suporte, informação e orientação por parte dos profissionais envolvidos. Ademais, na nossa população adscrita, é patente a falta de apoio e incentivo da família dos envolvidos, no que tange a participação nas reuniões, obstando a procura pela unidade básica. A busca por cuidados, em geral, somente acontece no momento em que o indivíduo sente os sintomas da doença ou para aquisição de medicamentos. Ressalta-se a importância da atuação conjunta e multidisciplinar da equipe de saúde junto aos hipertensos, com o intuito de direcionar o foco para a prevenção e promoção da saúde. Os resultados demonstram a necessidade de atuação interdisciplinar da equipe de saúde, junto à clientela vivendo com a hipertensão, contribuindo para a adesão às condutas de acompanhamento e promoção da saúde.

Palavras-chave: Hipertensão. Atenção Primária à Saúde. Prevenção e Controle.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the problem of hypertension in the municipality of Santos Dumont. For this it was necessary to observe the local reality and health practices and lifestyle of these patients who are subject of this work. The management of patients draws an irregular panorama in adherence to therapeutic drug regimen, mainly associated with side effects. For this analysis and intervention by conducting the situation analysis and the implementation of the strategic health planning methodology it was important to identify how hypertensive patients accept and experienced the actions promoted by the Primary Health Unit. Also, we need to evaluate the patients' social support in relation to coping with the chronic condition of the disease. The literature indicates that these targets patients living with hypertension should keep close to the family health team, and receiving support, information and guidance on the part of the professionals involved. Moreover, in our enrolled population, it is clear the lack of support and encouragement of the family involved, with regard to participation in meetings, counseling, hindering the search for the health care. The search for care in general, happens only the individuals feel the symptoms of the disease or to have the medication. We emphasize the importance of multidisciplinary health team to follow the hypertensive patients, in order to direct the focus to prevention and health promotion. The results demonstrated the need for interdisciplinary action of the healthcare team, with the patients living with hypertension, contributing to their adherence to maintaining monitoring and health promotion.

Key-words: Hypertension. Primary Health Care. Prevention and Control.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CBHA	Congresso Brasileiro de Hipertensão Arterial
CID	Classificação Internacional de Doenças
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
MEV	Mudanças no estilo de vida
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 JUSTIFICATIVA	12
2 OBJETIVOS	13
3 METODOLOGIA	14
4 REVISÃO DE LITERATURA	
1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	
1.1 Definição	16
1.2 Perfil situacional de Santos Dumont	17
1.3 Índice, população de incidência e fatores de risco	18
1.4 Diagnóstico e tratamento	19
2 MEIOS DE PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO E OS RISCOS DE COMPLICAÇÕES ADVINDAS DA HIPERTENSÃO	
2.1 Prevenção da hipertensão	21
2.2 Complicações advindas da hipertensão	22
5 PLANO DE INTERVENÇÃO	25
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	28

INTRODUÇÃO

As equipes da saúde da família (ESF) possuem referenciais e habilidades para promoverem o acompanhamento e a adesão ao tratamento de patologias crônicas como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), pois estimulam a autonomia no cuidado e a corresponsabilização do tratamento. As ações educativas promovidas pelos profissionais estimulam o desenvolvimento da relação profissional-paciente e possibilitam as discussões e orientações quanto à adoção de novos hábitos de vida (OLIVEIRA *et al*, 2013).

Destaca-se a importância da conduta multidisciplinar dos envolvidos no projeto de ação, uma vez que as soluções viáveis para a região se mostram como um caminho para respaldar um plano nacional de atuação contra a HAS.

Apesar de apresentar alta prevalência no Brasil, de 22 a 44%, resta ainda uma grande parcela de indivíduos que desconhecem que possuem HAS. Entre os pacientes que conhecem o diagnóstico, cerca de 40% ainda não se encontram em tratamento. Ademais, apenas uma pequena parcela dos pacientes está com os níveis de pressão arterial devidamente controlado, ou ao menos sendo acompanhado por uma equipe de saúde (III CONSENSO, 2005).

A cidade de Santos Dumont, alvo do presente estudo, se situa na Zona da Mata Mineira, com população estimada em 2014, de 47.558 habitantes. A hipertensão arterial é um grande problema de saúde nesta localidade, se apresentando como um desafio para a Equipe de Saúde da Família que ali atua, diante da quantidade de casos diagnosticados e não acompanhados.

A magnitude do problema indica a real e latente necessidade de instrumentos e meios que objetivem atravessar as barreiras que levam os pacientes ao descuido e ao não tratamento ou acompanhamento da HAS, o que se mostra possível através de uma mudança do estilo de vida dos pacientes, as denominadas MEV's (mudanças no estilo de vida) bem como o acompanhamento multidisciplinar dos pacientes hipertensos, no sentido de amenizar os prejuízos da doença e retardar ou até mesmo aniquilar as complicações decorrentes, e que associadas são as principais causas de morte no mundo, como as doenças cardiovasculares associadas à hipertensão (COELHO *et al*, 2010).

1 JUSTIFICATIVA

O aumento da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doenças cardiovasculares. A hipertensão arterial apresenta custos médicos, sociais e econômicos muito elevados, decorrente de várias complicações, principalmente de: doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, e por último, doença vascular de extremidades.

Pesquisas de base populacional realizadas em algumas cidades do Brasil mostram prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (> ou igual a 140x90 mmHg) de 22,3% a 43,9% (SBH, 2014).

A hipertensão arterial e doenças relacionadas à pressão arterial são responsáveis por alta frequência de hospitalização sendo a Insuficiência Cardíaca, a principal causa dentre as doenças cardiovasculares.

Vários são os fatores de risco para Hipertensão Arterial, tais como: idade, sexo, álcool, sendo que na maioria das vezes é uma combinação de mais de um dos fatores de risco supracitados.

A importância da prevenção não se prende apenas na qualidade de vida do paciente, mas evita hospitalizações, que podem ser evitadas, gastos médicos e socioeconômicos. Vários fatores citados anteriormente são fáceis de serem abordados, desde que a população adere a essas informações.

2 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

Elaborar um plano de intervenção de controle, acompanhamento adequado dos hipertensos e aumento da adesão do tratamento na Unidade de Saúde Avenida Palmira.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Demonstrar a importância do tratamento e acompanhamento dos pacientes com HAS do território estudado;
- Orientar os pacientes quanto os benefícios da adesão ao tratamento proposto;
- Atualizar as informações sobre os pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus;
- Realizar busca ativa dos pacientes não aderentes ao acompanhamento da hipertensão e diabetes mellitus.

3 METODOLOGIA

Com o trabalho na unidade PSF Córrego do Ouro II, logo nota-se a existência de uma grande quantidade de receitas que eram renovadas, porém sem qualquer acompanhamento do quadro clínico do paciente e de sua evolução. Apesar da gestão anterior, as renovações eram feitas de uma forma automática apenas com a apresentação da receita anterior. Portanto, no momento prima-se por uma busca mais qualificada no quesito acompanhamento dos pacientes que procuram atendimento no posto apenas para a renovação das receitas. Frente a este problema, houve um direcionamento do trabalho aos pacientes portadores de doenças crônicas, como a HAS, visto que pode ocasionar múltiplas complicações, com grande impacto financeiro para o governo e para o próprio paciente caso não esteja devidamente controlada.

A HAS apresenta facilidade de acompanhamento, através do controle adequado e periódico da pressão arterial, exames de rotina e eletrocardiograma. O número de hipertensos na região adscrita é de 439 hipertensos cadastrados, sendo que a equipe já está orientada a buscar ativamente e coletar dados dos pacientes para um tratamento longitudinal e eficaz.

Para tanto, durante a primeira consulta é realizado, de acordo com o protocolo, anamnese, análise sobre histórico familiar, antecedentes patológicos e um exame físico criterioso, como medida de peso, circunferência abdominal e uso de medicamentos contínuos. No momento da consulta se a pressão se mostrar muito alterada, é dado um cartão de uso do paciente, para controle diário da pressão, o que é realizado pela enfermagem e anotado nesse cartão. Caso os valores pressóricos estejam normais, é orientado o acompanhamento semanal da pressão. São repetidos exames laboratoriais de pacientes que não os tem, ou mesmo aqueles que já estão desatualizados, no caso três meses para os exames laboratoriais e um ano para eletrocardiograma, ou em caso de alteração de um desses dois.

No ato da consulta os pacientes são informados da importância dos níveis pressóricos normais, sobre hábitos alimentares saudáveis e atividades físicas regulares e também as consequências da não adesão a essas ações. O retorno do paciente deve ser feito em 30 dias inicialmente. Pacientes com outras comorbidades são avaliados concomitantemente.

A intenção é formar um dia ou dois, específicos para o atendimento apenas dos pacientes com HAS e/ou diabetes mellitus, para monitoramento de peso, pressão arterial, aconselhamento, conscientização e tratamento. Tanto serão realizadas palestras dentro da unidade, para orientação e para que possam trocar suas experiências, e assim melhorar o controle de HAS no grupo acompanhado, além obviamente, de prevenir novos casos.

Por se tratar de um problema frequente no posto de atendimento primário na área da saúde e por ser um problema com capacidade de enfrentamento, a despeito da dificuldade de obter resultados em curto prazo, este trabalho aborda uma forma de incentivar que os pacientes hipertensos, através da realização de palestras e reuniões educativas a aderirem ao acompanhamento médico. Conforme já destacado, o tratamento acompanhado tem o condão de diminuir os casos de necessidade de uso de medicamentos, bem como aumentar os casos em que a prevenção é efetiva.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES para escolha do problema, conforme os textos da unidade I do módulo de Planejamento e Avaliação em Saúde e também os textos das seções do módulo de Iniciação à Metodologia Científica.

Ainda, foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema, de forma a embasar e orientar as atividades educativas. Foram pesquisados artigos nas bases de dados do Scielo e PubMed, publicados entre 2006 até os dias de hoje. Os principais descritores foram: hipertensão, educação em saúde, Atenção Primária à Saúde, adesão à terapia medicamentosa.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1. Hipertensão arterial sistêmica

Definição e Contexto

A hipertensão arterial é um dos problemas médicos mais comuns da população mundial. De alta gravidade e com índices altíssimos de mortalidade, eis que é uma doença silenciosa e só reconhecida pelas lesões dos órgãos atingidos. É uma doença vascular de todo o organismo e que deixa sequelas nos órgãos atingidos: coração, cérebro, rins, vasos e visão (BUSATO, 2010).

No Brasil são cerca de 17 milhões de pessoas com hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente, sendo seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sofram com a HAS. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

A hipertensão arterial ou pressão alta é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais no sangue. É uma síndrome metabólica geralmente acompanhada por outras alterações, como obesidade. Cerca de 20% da população brasileira tem hipertensão, sendo que 50% da população com obesidade tem a doença. A hipertensão pode acontecer quando nossas artérias sofrem algum tipo de resistência, perdendo a capacidade de contrair e dilatar, ou então quando o volume se torna muito alto, exigindo uma velocidade maior para circular. Hoje, a hipertensão é a principal causa de morte no mundo, pois pode favorecer uma série de outras doenças (BRASIL, 2006).

Quando o coração bate, ele contrai e bombeia sangue pelas artérias para o resto do corpo. Esta força cria uma pressão sobre as artérias. Isso é chamado de pressão arterial sistólica, cujo valor normal é 120 mmHg. Uma pressão arterial sistólica de 140 ou mais é considerada hipertensão. Há também a pressão arterial diastólica, que indica a pressão nas artérias quando o coração está em repouso,

entre uma batida e outra. Um número normal de pressão arterial diastólica é inferior a 80, sendo que igual ou superior a 90 é considerada hipertensão (BRASIL, 2006).

4.2 Perfil Situacional de Santos Dumont

É de suma importância contextualizar e situar o problema da hipertensão, uma vez que inúmeros são os fatores que levam ao desenvolvimento desta doença crônica, dentre eles as características locais que podem alterar o estilo de vida das pessoas e dos pacientes em potencial.

Santos Dumont é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, localiza-se na macroregião da Zona da Mata mineira, distante aproximadamente 207 quilômetros de Belo Horizonte, fazendo divisa com as cidades irmãs de Juiz de Fora, Ewbanck da Câmara, Piau e Tabuleiro.

Historicamente, o município criado a beira do Caminho Novo, faz parte da Estrada Real, e teve sua origem datada em 1939.

Com relação aos aspectos demográficos, o município conta com uma população estimada em 2014, de 47.558 habitantes.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que mede a qualidade de vida de um lugar, e que varia de 0 a 1. No município é de 0,766, conforme dados do IBGE 2010, enquadrando-se numa situação de nível alto.

O Produto Interno Bruto (PIB) é de R\$ R\$ 469 872,031 mil, e o PIB per capita R\$ 11.628,94, conforme dados do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Suas principais atividades econômicas: agricultura, laticínios, indústrias e turismo real.

Diante desta análise e perspectiva social e econômica, conclui-se que a cidade não apresenta avultosos problemas sociais ou econômicos, possuindo nível alto de qualidade de vida.

Não obstante tal explanação, em consonância com os quadros informativos, o número de pessoas com hipertensão no município vem crescendo vertiginosamente a cada ano, acometendo cerca de 10% da população, com 4042 casos já diagnosticados e cadastrados, e apesar de termos 3.541(87,6 %) deles acompanhados, faz-se necessário acompanhar os demais pacientes e avaliar o monitoramento de todos. (SISTEMA DE INFORMAÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA – SIAB, 2014).

Nessa esteira, a HAS se consolida como um nó crítico do panorama da saúde de Santos Dumont, requerendo atenção especial dos profissionais de saúde desta área de abrangência, para que haja o efetivo tratamento e controle desta doença (Quadros 1 e 2).

Quadro 1 – Comparação percentual de hipertensão arterial sistêmica de Santos Dumont e Brasil entre famílias cadastradas na Estratégia Saúde da Família

Ano/Percentual de hipertensos	Município – Santos Dumont % de hipertensos	Brasil % de hipertensos
2003	11,0	9,5
2004	11,9	9,4
2005	11,8	9,0
2006	12,1	8,7
2007	11,9	8,3
2008	13,5	7,8
2009	13,5	7,5
2010	13,4	6,8
2011	13,5	6,3
2012	13,7	5,9
2013	14,4	5,4

Fonte: SIAB, 2014

Quadro 2 – Demonstrativo de casos de hipertensão arterial sistêmica de Santos Dumont e Brasil entre famílias cadastradas na Estratégia Saúde da Família

Ano/número de hipertensão	Município – Santos Dumont casos de hipertensão (< de 14 anos)	Brasil casos de hipertensão (< de 14 anos)
2003	1.162	2
2004	2.898	5
2005	2.918	4
2006	3.116	5
2007	2.092	7
2008	3.072	5
2009	3.072	4
2010	3.050	2
2011	3.085	1
2012	3.456	3
2013	4.106	2

Fonte: SIAB, 2014

Índice, população de incidência e fatores de risco

A identificação de grupos de maior vulnerabilidade para adoecimento pela HA constitui importante contribuição na prevenção das morbidades e na efetividade do tratamento, por isso a salutar importância de delinear o panorama situacional do município de Santos Dumont.

As diferenças socioeconômicas têm um papel importante nas condições de saúde que influenciam diferentes fatores, tais como acesso ao sistema de saúde, grau de informação, entendimento da condição médica e adesão ao tratamento.

Segundo os ensinamentos de Varella (2014), hipertensão é herdada dos pais em 90% dos casos. Em uma minoria, a hipertensão pode ser causada por uma doença relacionada, como distúrbios da tireoide ou em glândulas endócrinas, como a suprarrenal. Entretanto, há vários outros fatores que influenciam os níveis de pressão arterial, quais sejam: fumo, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, estresse, grande consumo de sal, níveis altos de colesterol, falta de atividade física, diabetes, sono inadequado e nas mulheres o uso de anticoncepcional.

Além desses fatores de risco, sabe-se que a incidência da hipertensão aumenta com a idade. Isso porque com o passar do tempo nossas artérias começam a ficar envelhecidas, calcificadas, perdendo a capacidade de dilatar - são chamados de vasos menos complacentes. Com isso a hipertensão arterial é mais fácil de acontecer - cerca de 70% dos adultos acima dos 50 ou 60 anos possuem a doença (BRASIL, 2006; CONTIERO *et al*, 2010).

Diagnóstico e tratamento

A HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) pela medida casual. A medida da PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde, conforme preconizado pela Diretriz Brasileira (BRASIL, 2006). Isso é fundamental não apenas para o diagnóstico, mas também para o acompanhamento do tratamento da pressão arterial. Assim, o indivíduo é considerado hipertenso quando o valor for igual ou superior a 140/90 mmHg.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde de 2012, este diagnóstico se baseia em duas medidas da pressão arterial, preferencialmente em repouso, com o esfigmomanômetro. A pressão arterial é considerada normal quando a pressão máxima do coração (sistólica) não ultrapassar 120 milímetros por mercúrio (mmHg) e a mínima das artérias (diastólica) não ultrapassar 80 mmHg (BRASIL, 2012).

O teste ergométrico também verifica o comportamento da pressão antes, durante e após o esforço físico, porém a monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), que efetua medidas de seus valores por 24 horas ao longo das atividades cotidianas e durante o sono, é um dos recursos mais usados para confirmar o diagnóstico de HAS. Em determinados casos pode ser útil em uma avaliação do nível de estresse do paciente.

Conforme demonstra a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), na maioria dos indivíduos a hipertensão arterial não causa sintomas, apesar da coincidência do surgimento de determinados sintomas que muitos, de maneira equivocada, consideram associados à doença, como por exemplo, dores de cabeça, sangramento pelo nariz, tontura, rubor facial e cansaço (SBH, 2014).

Quando um indivíduo apresenta uma hipertensão arterial grave ou prolongada e não tratada, pode apresentar dores de cabeça, vômito, dispneia, agitação e visão borrada decorrência de lesões que afetam o cérebro, os olhos, o coração e os rins.

Não havendo necessidade evidente para uso de medicamentos imediato, como no caso de pacientes com níveis de pressão arterial acima de 180/110 mmHg, a maioria dos pacientes deve ter a oportunidade de reduzir sua pressão arterial através de tratamento não farmacológico, por meio de medidas gerais de reeducação, também conhecidas como modificações no estilo de vida, conhecida popularmente como MEV (SBH, 2014).

Entre estas medidas estão a redução do consumo de álcool, o controle da obesidade, a dieta equilibrada, a prática regular de atividade física e a cessação do tabaco.

A adesão a esses hábitos de vida favorece a redução dos níveis pressóricos e contribui para a prevenção de complicações. No entanto, estima-se que somente um terço das pessoas acompanhadas em serviços de saúde tem sua pressão arterial mantida em níveis desejáveis e essa insuficiente adesão ao tratamento é apontada como um dos importantes determinantes dessa enfermidade.

Já com relação ao tratamento medicamentoso o objetivo primordial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade. As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com

duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina (BRA II) e com antagonistas dos canais de cálcio (ACC), embora a maioria dos estudos utilize, no final, associação de anti-hipertensivos, como bem ensina a Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2014.

O benefício é observado com a redução da pressão arterial per se, e, com base nos estudos disponíveis até o momento, parece independe da classe de medicamentos utilizados. Metanálises recentes indicam que este benefício é menor com betabloqueadores, em especial com atenolol, quando em comparação com os demais anti-hipertensivos, conforme dados da SBH, 2014.

4.3 Meios de prevenção da hipertensão e os riscos de complicações advindas da hipertensão

Prevenção da Hipertensão

Como forma de prevenção da hipertensão os médicos recomendam que toda pessoa a partir dos 40 anos visite um clínico ou cardiologista, para a avaliação da pressão arterial e do estado geral de seu coração. Medidas preventivas importantes incluem manutenção do peso ideal, prática regular de atividade física e dieta balanceada. Ingestão de bebida alcoólica em excesso e tabagismo também são hábitos que devem ser evitados. A obesidade é um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento da HAS. Mulheres que utilizam anticoncepcional oral ou terapia de reposição hormonal devem ficar atentas quanto ao risco de elevação da pressão arterial, segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2014.

A primeira forma de prevenção é fazer o acompanhamento dos índices da PA, principalmente se pais, avós ou outros parentes próximos também tenham hipertensão.

Há outras condutas que podem prevenir o aparecimento desta enfermidade, conforme determina os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde de 2012, que são:

- ✓ Aferir a pressão pelo menos uma vez por ano.
- ✓ Praticar atividades físicas todos os dias.

- ✓ Manter o peso ideal, evitando a obesidade.
- ✓ Adotar alimentação saudável: pouco sal, sem frituras e mais frutas, verduras e legumes.
- ✓ Reduzir o consumo de álcool. Se possível, não beba.
- ✓ Abandonar o cigarro.
- ✓ Nunca parar o tratamento, é para a vida toda.
- ✓ Seguir as orientações do seu médico ou profissional da saúde.
- ✓ Evitar o estresse. Tenha tempo para a família, os amigos e o lazer.

Complicações advindas da Hipertensão

As complicações da hipertensão arterial, em muitos casos, levam o paciente a requerer cuidados médicos de alto custo, exigindo uso constante de medicamentos, exames complementares periódicos e procedimentos como diálise e transplante. No Brasil, as doenças cardiocirculatórias são uma das principais causas de internações hospitalares e reconhecidamente envolvem custos elevados (BRASIL, 2006). Hipertensos têm maior propensão para apresentar comprometimentos vasculares, tanto cerebrais, quanto cardíacos.

As principais complicações da hipertensão são AVC, por infarto agudo do miocárdio ou doença renal crônica. Além disso, a hipertensão pode levar a uma atrofia do músculo do coração, causando arritmia cardíaca. É importante ressaltar que qualquer combinação de fatores de risco é sempre muito mais grave, pois o risco das comorbidades é multiplicado. Em média, uma pessoa com hipertensão que não controla o problema terá uma doença mais grave em um período médio de quinze anos, podendo apresentar:

- ✓ Aceleração da aterosclerose.
- ✓ Infarto agudo do miocárdio.
- ✓ Acidente vascular encefálico.
- ✓ Diminuição da função renal.
- ✓ Perda da visão.

As complicações cardiovasculares podem ocorrer em diversos locais do organismo e são as chamadas "lesões em órgãos-alvo" da hipertensão arterial.

A presença de níveis mais elevados de pressão arterial e a presença de outros fatores de risco cardiovascular associados, como tabagismo, dislipidemias,

diabetes mellitus e obesidade, aumentam muito o risco do desenvolvimento destas lesões.

Complicações da hipertensão arterial (BRASIL, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004):

✓ Coração:

A hipertrofia do ventrículo esquerdo (espessamento anormal do músculo cardíaco, resultante de uma sobrecarga crônica causada pelo aumento da pressão arterial) é uma das primeiras anormalidades cardíacas decorrentes da hipertensão arterial. Embora o seu diagnóstico possa ser feito pelo eletrocardiograma, o exame de ecocardiograma (que analisa as estruturas do coração por ondas de ultrassom) é mais preciso para essa finalidade.

A presença de hipertrofia ventricular em pacientes hipertensos confere um pior prognóstico, ou seja, um maior risco de outras complicações cardiovasculares, como o infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e derrame cerebral. Outras complicações cardíacas da hipertensão arterial são: angina do peito, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas e os distúrbios da condução elétrica do coração.

✓ Cérebro:

A isquemia cerebral transitória é uma disfunção neurológica reversível, geralmente, durando poucos minutos. O acidente vascular cerebral ou derrame cerebral é uma disfunção neurológica mais duradoura, podendo deixar sequelas graves. O derrame cerebral poderá ser causado por uma obstrução ou sangramento de uma artéria cerebral (acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico, respectivamente). A demência vascular é a perda progressiva das funções mentais, como a memória e a concentração. Esta condição é fruto do comprometimento de pequenos vasos no cérebro, que são os derrames lacunares.

✓ Rins:

A hipertensão arterial crônica leva a uma disfunção renal, inicialmente detectada através de pequenas perdas urinárias de proteínas. Com o passar do tempo, essa perda poderá tornar-se crescente (microalbuminúria, macroalbuminemia e proteinúria). Numa etapa posterior, poderá surgir uma falência dos rins (insuficiência renal crônica). A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são a principal causa de insuficiência renal crônica no Brasil.

✓ Vasos:

A aterosclerose (formação de placas de gordura ou ateromas na parede das artérias) e as doenças da aorta (aterosclerose, aneurismas e dissecção aórtica aguda) estão diretamente relacionadas com a hipertensão arterial crônica.

✓ Olhos:

A hipertensão arterial acarreta um comprometimento da retina (retinopatia hipertensiva), podendo chegar à cegueira.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O plano de operativo de intervenção se concretizará em uma conduta pró ativa da equipe de saúde da família, no sentido de conjugar e direcionar esforços para a triagem dos pacientes hipertensos que são atendidos e para a conscientização acerca dos benefícios do tratamento acompanhado, bem como um alerta para a prevenção da doença, que já se caracterizou como um nó crítico na realidade da área estudada.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico da hipertensão arterial” relacionado ao problema da falta de controle e acompanhamento, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família na comunidade do município de Santos Dumont, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Pacientes hipertensos em Santos Dumont sem acompanhamento.
Operação	Busca ativa de pacientes com hipertensão arterial para o acompanhamento segundo protocolo do Ministério da Saúde.
Projeto	Controle e acompanhamentos dos pacientes hipertensos
Resultados esperados	Conscientização da população, acompanhamento dos usuários, controle dos níveis pressóricos.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico da ESF, pacientes, enfermeiros e profissionais de saúde da unidade de saúde.
Recursos críticos	Estrutural: Unidade de saúde Cognitivo: Consultas e mudanças de estilo de vida Político: Discussão e sensibilização da ESF
Nó crítico 2	Dificuldade dos pacientes em aderir ao tratamento contínuo e responsável
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Médico e demais profissionais de saúde da equipe. Motivação: Alta para aferição de pressão, consultas periódicas, tratamento e acompanhamento.
Ação estratégica de motivação	Consultas periódicas, acompanhamento dos pacientes, conscientização através de campanhas educacionais, palestras educativas.
Responsáveis:	Toda equipe de profissionais da ESF de Santos Dumont.
Cronograma / Prazo	Março de 2014 a março de 2015
Gestão, acompanhamento e avaliação	O plano de intervenção é gerido e acompanhado pelo médico em atuação e pela equipe da ESF, a avaliação é feita pelo controle dos níveis pressóricos e pela satisfação dos pacientes e da população em geral.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o exposto no presente estudo, será possível avaliar a hipertensão arterial sistêmica como doença de preocupação mundial, e que está a merecer séria atenção, em todos os níveis e contextos da saúde.

A magnitude indica a real e latente necessidade de instrumentos e meios que objetivem atravessar as barreiras que levam os pacientes ao descuido e ao não tratamento ou acompanhamento da HAS, o que se mostra possível através de uma mudança do estilo de vida dos pacientes, bem como o acompanhamento multidisciplinar dos pacientes hipertensos, no sentido de amenizar os prejuízos da doença e retardar ou até mesmo aniquilar as complicações decorrentes, e que associadas são as principais causas de morte no mundo, como as doenças cardiovasculares associadas à hipertensão.

Tratando-se de uma doença silenciosa, a hipertensão raramente é acompanhada de outros sinais ou sintomas, e o seu diagnóstico usualmente acontece depois de um rastreio ou durante uma consulta médica por outros problemas, o que dificulta muitas vezes o diagnóstico precoce, elevando a dificuldade das chances de reversão da situação que antecede que a hipertensão se instale.

Atribui-se a maior parte das complicações que a pressão arterial elevada acarreta à vivenciada por indivíduos que não estão diagnosticados como hipertensos. Destarte, torna-se imprescindível a adoção de estratégias de redução das consequências da pressão arterial elevada e a consequente redução da necessidade de terapias à base de fármacos anti-hipertensivos. Antes de se iniciar qualquer tratamento, recomenda-se alteração do estilo de vida de modo a reduzir a pressão arterial.

Para tanto o passo inicial e de grandes resultados positivos se assenta na prevenção da doença, através de métodos de conscientização e programas de promoção da saúde nas populações locais, visto que a relação, o contato e abrangência acabam por tornar tais meios mais acessíveis e eficazes. Vale acrescentar, que prevenir é educar (TRAD *et al*, 2010).

Porém no panorama atual o que se observa é a supremacia da não adesão dos pacientes aos programas de controle e acompanhamento, bem como de efetivo tratamento da hipertensão.

É com este enfoque que o trabalho em tela visa de forma ampla e qualificada, propor um plano de intervenção que seja atrativo, que busque atender aos fatores preponderantes na realidade situacional do município tutelado, de forma que a interpelação entre os serviços médicos e de saúde com os pacientes se torne uma constante na vida dessa sociedade, posto que mesmo moderado, o aumento da pressão sanguínea arterial está associado à redução da esperança de vida.

O nível de adesão aumenta quando de forma organizada e sistematizada se tem um atendimento prestado por uma equipe multidisciplinar. A luta para manter-se a adesão dos pacientes ao tratamento HAS é um grande desafio para o país, bem como para os profissionais de saúde, uma vez que depende da implementação de programas multidisciplinares em todos os níveis de atenção aos hipertensos, para que as intervenções sejam mais eficazes e satisfatórias, se aperfeiçoando com o passar do tempo.

Sendo assim, a taxa de prevenção às internações por causas sensíveis à atenção primária indica a obtenção de resultados, a qualidade do atendimento prestado em consultas individualizadas e visitas domiciliares, além da vinculação do usuário à equipe de saúde.

Os benefícios acarretados por um programa que tem cunho social e médico, de tratar pessoas hipertensas, são incalculáveis e imensuráveis, uma vez que atentar para o problema da hipertensão, é conjugar esforço para redução de um dos maiores e prevacentes problemas de saúde do mundo inteiro.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2488, de 21 de Outubro de 2011[Internet]. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**; 2011 Out 24 [citado 2012 Jan 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus; 2001 [Internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf.

BRASIL. IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.**; 2004, v.82, Suppl. 4. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2004/Diretriz%20HA.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica**. Ministério da Saúde; 2006 [Internet]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE)**; 2010 [Internet]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>.

COELHO, C.F.; PEREIRA, A.F.; RAVAGNANI, F.C.P.; MICHELIN, E.; CORRENTE, J.E.; BURINI, R.C. Impacto de um programa de intervenção para mudança do estilo de vida sobre indicadores de aptidão física, obesidade e ingestão alimentar de indivíduos adultos. **Rev Bras de Atividade Física & Saúde**; 2010, v.15, n.1.

CONTIERO, A.P.; POZATI, M.P.S.; CHALLOUTS, R.I.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**; 2009 Jan-Mar, 30(1):62-70.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cad. Saúde Pública**; 2010. Rio de Janeiro, 26(8):1470-1471.

LESSA, I.; EVANGELISTA, D.; SANTO, M.E.G.E. Adesão, eficácia e custo do tratamento da hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol.**;1983, 41: 119-23.

LOPES, M.C.L.; MARCON, S.S. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. **Rev Esc Enferm USP**; 2009 Jun, 43(2): 343-50.

ROSÁRIO, T.M.; et al. Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobres – MT. **Arq Bras Cardiol.**; 2009, 93(6): 672-678.

SANTOS, Z.M.; LIMA, H.P. Educational health technology in arterial hypertension prevention in workers: lifestyle change analysis. **Texto & Contexto Enferm.**; 2008, 17(1):90-7.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. [VI Brazilian Guidelines on

Hypertension]. *Arq Bras Cardiol.* 2010, 95(1 Suppl):1-51.

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.**; 2013, v.26, n.12.

TRAD, L.A.B.; TAVARES, J.S.C.; SOARES, C.S.; RIPARDO, R.C. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cad Saúde Pública**; 2010, Abr; 26(4):797-806.