

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

BRUNO DE PINHO AMARAL

**ENFRENTAMENTO DO MAU CONTROLE DA HIPERTENSÃO PELOS
HIPERTENSOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PLANALTO DE
MONTES CLAROS – MINAS GERAIS**

MONTES CLAROS – MINAS GERAIS

2015

BRUNO DE PINHO AMARAL

**ENFRENTAMENTO DO MAU CONTROLE DA HIPERTENSÃO PELOS
HIPERTENSOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PLANALTO DE
MONTES CLAROS – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora Ms. Roselane da Conceição Lomeo

MONTES CLAROS – MINAS GERAIS

2015

BRUNO DE PINHO AMARAL

**ENFRENTAMENTO DO MAU CONTROLE DA HIPERTENSÃO PELOS
HIPERTENSOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PLANALTO DE
MONTES CLAROS – MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Prof. Ms. Roselane da Conceição Lomeo

Prof. Ms. Eulita Maria Barcelos

Aprovado em Belo Horizonte, em ____/____/____

RESUMO

A Hipertensão Arterial é uma doença crônica de grande prevalência na Atenção Primária à Saúde e requer grande atenção devido ao seu potencial de gerar complicações. Entretanto, um sistema de saúde organizado apresenta boa capacidade de enfrentamento desta problemática. Objetiva-se definir com base na literatura e informações colhidas na comunidade, quais as medidas a serem implantadas na Atenção Primária à Saúde para enfrentar o mau controle da hipertensão pelos hipertensos cadastrados na Unidade Básica de Saúde Planalto de Montes Claros – Minas Gerais. O presente trabalho descreve o processo de criação de um projeto de intervenção na comunidade da área de abrangência da equipe de Estratégia de Saúde da Família Planalto I de Montes Claros, Minas Gerais. São apresentadas as etapas de levantamento de dados, elaboração do diagnóstico situacional, o processamento dos problemas identificados, o estabelecimento de prioridades para enfrentamento e a elaboração de um projeto de intervenção. Os nós críticos e os recursos críticos foram identificados para a elaboração do desenho operacional do projeto. Em seguida foi realizada a análise da viabilidade e construído o plano operativo do projeto de intervenção. Evidenciou-se que muito se pode melhorar no manejo da hipertensão e outras condições crônicas de grande prevalência que ainda são negligenciadas na Atenção Primária.

Palavras chave: Hipertensão Arterial. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

Hypertension is a chronic disease with high prevalence in Primary Health Care, of great importance because of its potential of resulting in complications and its good coping capability by an organized health system. The aim of this study is to define, based on the literature and in the information gathered in the community, what actions can be implemented in Primary Health Care to counter the poor control of hypertension by hypertensive patients in the Planalto Basic Health Unit from Montes Claros – Minas Gerais. This paper describes the process of creating an intervention project in the community area served by the Family Health Strategy Team Planalto I from Montes Claros, Minas Gerais. Here are presented the data collection steps, the elaboration of the situation diagnosis, the processing of the identified problems, the election of priorities for coping and the development of an intervention project. The critical nodes and the critical resources were identified, and the operational design of the project was prepared. The feasibility analysis was made and the operating plan of the intervention project was built. With this paper it became clear that much can be improved in the management of hypertension and other chronic conditions of high prevalence that are still neglected in Primary Care.

Descriptors: Hypertension. Primary Health Care. Unified Health System. Family Health.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	08
2 – JUSTIFICATIVA	11
3 – OBJETIVO	12
4 – METODOLOGIA.....	13
5 – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	15
6 – REVISÃO DA LITERATURA	24
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS	36
ANEXO A – ROTEIRO DE DADOS LEVANTADOS DO MUNICÍPIO.....	38

1 – INTRODUÇÃO

O município de Montes Claros, localizado 418 quilômetros ao norte da capital do estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, tem população estimada em 2014 de 390.212 habitantes (IBGE, 2015). É a cidade pólo de uma região com mais de dois milhões de habitantes, importante centro universitário, segundo maior entrocamento rodoviário nacional, cidade rica em cultura e diversidade, e que atrai o interesse de grandes empresas (PREFEITURA DE MONTES CLAROS, 2015).

A cidade tem área total de 3.568,941 quilômetros quadrados, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,770 e Índice de Desenvolvimento da Educação Básica em 2011 de 5.6 (IDEB, 2014). No ano de 2012 ocorreram o total de 2.045 óbitos hospitalares na cidade, sendo que 541 do total de óbitos foram devidos a doenças do aparelho circulatório.

O município possui ampla rede de saúde, do qual fazem parte 15 Centros de Saúde, 11 Centros de Saúde da Família, 08 postos de saúde (zona rural), 03 policlínicas e 08 hospitais (PREFEITURA DE MONTES CLAROS, 2015).

A Unidade Básica de Saúde Planalto, localizada na rua Espírito Santo, número 389, bairro Planalto, CEP 39404-343, telefone (38) 3229-3349, do município de Montes Claros, abriga 03 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) com médico, enfermeiro e dentista individuais (CNES, 2015).

Dentre as 03 equipes de ESF está a equipe Planalto I, responsável pelo atendimento na Atenção Primária de cerca de 2750 habitantes, dentre os quais, cerca de 412 são hipertensos (FICHA A).

Com o objetivo de atuar na melhoria das condições de vida da população da sua área de abrangência, a equipe de ESF Planalto I realizou o levantamento de dados do município, da UBS, da população e estrutura física da região na busca de problemas que afetassem a saúde dos moradores.

A partir do levantamento e discussão desses dados foi elaborada uma aproximação do diagnóstico situacional e, conforme metodologia detalhada na seção 4 – Metodologia do presente trabalho, foi realizada a seleção de qual problema deveria ser o prioritário no

enfrentamento pela equipe, que resultou por ser o de Mau Controle da Hipertensão pelos Pacientes Hipertensos.

Segundo a OMS, a hipertensão arterial é “uma doença caracterizada por uma elevação crônica da pressão sistólica e/ou pressão arterial diastólica” (OMS 1978, apud LOLIO, 1990, p. 1).

A Sociedade Brasileira de Hipertensão (2015) explica que o sangue bombeado pelo coração para irrigar os órgãos do corpo exerce uma força contra as paredes das artérias. Quando a força que o sangue exerce contra as paredes das artérias está aumentada, dizemos que há hipertensão arterial.

O valor da PA é obtido pelo resultado do produto do débito cardíaco pela resistência vascular periférica total. Muitos fatores influenciam nos valores de pressão arterial como a volemia, contratilidade do miocárdio, frequência cardíaca, balanço de eletrólitos, controle do sistema renina-angiotensina-aldosterona, barorreceptores do seio carotídeo, arco aórtico e átrio direito, neurotransmissores e diversos hormônios (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2015).

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a “doença cardiovascular mais freqüente e o maior fator de risco para as complicações mais comuns como o infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico” (BRASIL, 2006, p. 7).

No Brasil, “cerca de 35% da população com 40 anos ou mais é portadora de hipertensão. Essa percentagem vem aumentando e é acompanhada de alta morbimortalidade nesse grupo de pessoas, constituindo, por esses e outros motivos, grave problema de saúde pública” (BRASIL, 2006, p. 7).

No contexto do desenvolvimento humano atual, o modelo de atenção básica à saúde do Brasil tem priorizado a atenção ao manejo das condições crônicas como das doenças hipertensão e diabetes.

Em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que rege o processo de trabalho priorizado nas ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, deve-se dar ênfase no controle e manejo da hipertensão arterial por esta ser responsável por grande parte da morbidade e mortalidade da população brasileira (FARIA, 2010).

No território de atuação da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Planalto I, pertencente à Unidade Básica de Saúde (UBS) Planalto de Montes Claros, Minas Gerais, existem aproximadamente 412 pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica de um total de cerca de 2750 moradores conforme dados fornecidos pela UBS (FICHA A).

A queixa dos pacientes da área de que sentem sintomas relacionados a hipertensão é frequentemente ouvida durante consultas médicas e durante o acolhimento da enfermagem. O fato de que a pressão está alta é confirmado durante a aferição da pressão arterial nas consultas pelos enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos.

O potencial de complicações da hipertensão arterial pode ser verificado pelo grande número de óbitos por doenças do aparelho circulatório verificados na cidade de Montes Claros. Foram declarados 541 óbitos por doenças do aparelho circulatório do total de 2.045 óbitos ocorridos na cidade em 2012, representando mais de 26% do total de óbitos declarados na localidade (BRASIL-IBGE, 2012).

Os níveis muito elevados de pressão arterial sistêmica estão associados a alto risco de eventos cardiovasculares graves como encefalopatia, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e morte precoce. Os níveis moderadamente elevados de pressão arterial estão associados a alta morbidade e mortalidade cardiovascular após um período de dez a vinte anos de evolução (ZIPES; BRAUNWALD, 2010).

Tendo em vista a grande prevalência da hipertensão na área de abrangência da UBS Planalto I, torna-se um dos principais problemas a serem enfrentados na Atenção Primária à Saúde devido as suas características de cronicidade e potencial de dano para a saúde dos indivíduos.

2 – JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais problemas a serem enfrentados pela Atenção Primária à Saúde nas Unidades Básicas de Saúde devido as suas características de cronicidade e grande potencial de dano para os indivíduos.

“A hipertensão arterial é considerada a doença cardiovascular mais freqüente no Brasil e no mundo e o maior fator de risco para infarto e acidente vascular encefálico” (BRASIL, 2006, p. 7).

Caracteriza-se também por um longo período de evolução, apresentando múltiplas oportunidades de intervenção ao longo de sua evolução, o que possibilita prevenir complicações quando abordada a tempo.

Devido à sua cronicidade, a HAS precisa de acompanhamento contínuo e freqüente que deve ser oferecido prioritariamente na Atenção Primária à Saúde, e possui boa resposta às tecnologias de baixa densidade e alta complexidade disponíveis na Atenção Primária.

O controle da HAS requer boa adesão terapêutica com motivação do paciente e, por vezes, de numerosos reajustes de medicações, algo que depende de uma boa relação médico-paciente e de disponibilidade de cuidado contínuo dos profissionais de saúde para que possam identificar falhas de terapêuticas prévias e verificar problemas de adesão ao tratamento.

Devido à cronicidade, gravidade, longo período de evolução, possibilidade de prevenção de agravos, boa resposta às tecnologias disponíveis na UBS e necessidade de cuidado contínuo personalizado, a hipertensão arterial se apresenta como uma prioridade da Atenção Primária.

3 – OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para o controle pressórico dos pacientes hipertensos no território de atuação da Equipe de ESF Planalto I de Montes Claros – MG.

4 – METODOLOGIA

A equipe realizou o levantamento de dados essenciais para a descrição do município; da unidade de saúde; da equipe de saúde e da comunidade da área de abrangência durante a realização da atividade 01 do módulo Planejamento e Avaliação em Saúde de autoria de Campos; Faria; Santos (2010), seguindo-se um roteiro pré-determinado (Anexo A).

Foram utilizados como fontes para obtenção de dados: o *website* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o *website* da Prefeitura de Montes Claros, o *website* Portal do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) e o *website* do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Para a revisão de literatura sobre o tema Hipertensão Arterial Sistêmica foi utilizada a versão mais recente do livro-texto “Braunwald Tratado de Doenças Cardiovasculares” (ZIPES; BRAUNWALD, 2010) por ser uma fonte reconhecida como referência em temas de cardiologia por especialistas. Além disso, foram selecionadas publicações recentes considerando os últimos oito anos, utilizando o descritor em Ciências da Saúde (DeCS): “Hipertensão” para pesquisar nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS/MS) e, dentre os resultados gerados na busca, foram selecionados aqueles que disponibilizavam o texto completo de sua publicação, de maior relevância para o tema, o que resultou na seleção das publicações: “V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006), “Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde – Cadernos da Atenção Básica; 15” (BRASIL, 2006) e “Atenção à saúde do Adulto – Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica” (MINAS GERAIS, 2013), acrescidas do livro-texto Tratado de Doenças Cardiovasculares (ZIPES; BRAUNWALD, 2010).

A partir das medidas atualmente recomendadas para controle da hipertensão arterial identificadas na revisão de literatura, foi feito o desenho das operações, a identificação dos recursos críticos, a análise da viabilidade e o plano operativo do projeto de intervenção voltado para o problema “Mau controle da hipertensão pelos pacientes hipertensos” na Unidade Básica de Saúde Planalto de Montes Claros.

Após a análise de todos os dados, elaborou-se a proposta de intervenção para sanar os problemas identificados, seguindo o Modelo do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

5 – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

5.1 Objetivos

-Promover atividades para aumentar o nível de conhecimento da população sobre a hipertensão arterial sistêmica.

-Promover ações educativas sobre os cuidados de saúde para evitar a hipertensão e seus agravos.

-Ofertar a prática de exercícios físicos para a população local.

-Propiciar melhor acompanhamento dos pacientes hipertensos com consultas médicas programadas.

-Regularizar o fornecimento de medicamentos anti-hipertensivos para atender a demanda da população.

5.2 Desenvolvimento

Os principais problemas foram identificados com o levantamento de dados da atividade 01, o que proporcionou a elaboração aproximada do diagnóstico situacional da área de abrangência. Discutiu-se esse diagnóstico com a equipe de saúde e foram acatadas sugestões em relação à lista de problemas levantados.

Estabeleceu-se uma ordem de prioridade para os problemas, e os critérios de seleção foram:

- a importância do problema;
- a capacidade da equipe de enfrentá-lo;
- a prevalência do problema na comunidade local.

Para tal, atribuiu-se o valor “alta, média ou baixa” para a importância do problema; além disso, distribuiu-se pontos de 0 até 10 conforme a capacidade da equipe de enfrentá-lo e; somou-se com nova pontuação com valor de 0 até 10 pontos atribuída para a frequência do problema na comunidade local. Os resultados obtidos se encontram apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados pela equipe de ESF Planalto I

Lista de problemas por ordem de prioridade	Importância	Capacidade de enfrentamento	Frequência	Total
1 – Mau controle da hipertensão pelos pacientes hipertensos.	Alta	9	10	19
2 – Mau controle do diabetes pelos diabéticos.	Alta	8	9	17
3 – Elevado número de óbitos por deficiência do aparelho circulatório e respiratório e óbitos por neoplasias e causas externas.	Alta	6	9	15
4 – Evasão escolar.	Alta	8	6	14
5 – Gravidez na adolescência.	Alta	8	6	14
6 – Falta de empregos.	Alta	4	7	11
7 – Baixa renda média familiar.	Alta	4	7	11
8 – Dificuldades no acesso à UBS.	Média	9	7	16
9 – Cobertura incompleta da população pela ESF.	Média	7	9	16
10 – Pouca representação política da comunidade local.	Média	8	6	14
11 – Baixa taxa de escolarização.	Média	6	7	13
12 – Baixo nível de alfabetização.	Média	6	7	13
13 – Falta de hospital próximo.	Média	3	8	11
14 – Atividades econômicas insalubres.	Média	4	7	11
15 – Baixo índice de desenvolvimento humano.	Média	5	7	11
16 – Baixo índice de desenvolvimento da educação básica (IDEB).	Média	4	7	11
17 – Falta de casa própria, más condições de moradias.	Média	5	5	10
18 – Falta de saneamento básico.	Média	5	5	10

Fonte: o próprio autor.

Depois de estabelecer as prioridades, foi escolhido o problema classificado como sendo de “alta importância” que obteve maior pontuação na soma dos valores atribuídos à “capacidade da equipe de enfrentá-lo” e à “frequência do problema na comunidade local”.

Portanto, foi escolhido o problema “Mau controle da hipertensão pelos pacientes hipertensos”, ao qual foram atribuídos 19 pontos, sendo nove pontos atribuídos à “capacidade da equipe de enfrentá-lo” e dez pontos para o quesito “frequência do problema na comunidade local”.

Para o problema priorizado Mau Controle da Hipertensão pelos Pacientes Hipertensos encontramos os seguintes nós críticos relacionados com as principais medidas terapêuticas recomendadas na literatura, ou sejam, as causas de os pacientes não aderirem à terapêutica comprovadamente eficaz:

✚ NÓS CRÍTICOS IDENTIFICADOS

- **Não adere à dieta com restrição da ingestão de sódio.**
 - Falta de informação do paciente ou familiar que prepara as suas refeições.
 - Não adesão terapêutica (não gosta de comida sem sal, familiar prepara comida com sal, come alimentos salgados fora de casa).

Possíveis ações de enfrentamento dos nós críticos:

Campanhas publicitárias e reuniões informativas orientando os pacientes e familiares sobre o papel da restrição da ingestão de sódio no controle da hipertensão, material informativo impresso associado ao cartão do hipertenso, incluindo informações sobre temperos alternativos.

- **Não mantém ingestão adequada de potássio, cálcio e magnésio (frutas, leguminosas, laticínios)**
 - Falta de informação do paciente ou familiar que prepara as suas refeições.
 - Não adesão terapêutica (não gosta de frutas, leguminosas, familiar prepara comida com poucas frutas, leguminosas e laticínios, frequenta locais que tem alimentos menos saudáveis como lanchonetes próximas do local de trabalho).

Possíveis ações de enfrentamento dos nós críticos:

Campanhas publicitárias e reuniões informativas orientando os pacientes e familiares sobre o papel da ingestão de dieta rica em potássio, cálcio e magnésio (frutas, leguminosas, laticínios) no controle da hipertensão, material informativo impresso associado ao cartão do hipertenso. Incluindo informações sobre uma variedade de alimentos saborosos para os diferentes gostos.

- **Não controla a obesidade ou sobrepeso**
 - Falta de informação.
 - Não adesão terapêutica (não gosta do sabor dos alimentos mais saudáveis, não consegue diminuir a ingestão de calorias).

- Falta de motivação (falta de campanhas publicitárias incentivando a perda de peso, falta de incentivo dos familiares).
- Falta de local adequado para a prática de exercício físico, não gosta de praticar exercício físico ou por desconhecimento de sua importância.

Possíveis ações de enfrentamento dos nós críticos:

- Campanhas publicitárias e reuniões informativas orientando os pacientes e familiares sobre o importante papel da perda de peso no controle da hipertensão, material informativo impresso associado ao cartão do hipertenso, incluindo informações sobre como perder peso. Incentivar participação de familiares no processo de perda de peso.
- Construção de praça pública com aparelhagem para a prática de exercício físico e espaço físico reservado para caminhada ou implantar o projeto Academias da Cidade.

➤ **Não diminui o consumo de álcool**

- Falta de informação.
- Não adesão terapêutica (tem o consumo de álcool como forma principal de lazer culturalmente aceita, falta de apoio dos amigos e familiares, escassez de campanhas publicitárias que condenem o uso de álcool).
- Falta de motivação (falta de apoio dos amigos e familiares, escassez de campanhas publicitárias que condenem o uso de álcool).
- Adicção (falta de fiscalização do uso de álcool por adolescentes, falta de apoio ao alcoolista).

Possíveis ações de enfrentamento dos nós críticos:

- Campanhas publicitárias e reuniões informativas orientando os pacientes e familiares sobre a importância da diminuição da ingestão de álcool no controle da hipertensão, material informativo impresso associado ao cartão do

hipertenso, incluindo informações sobre grupos de apoio. Incentivar participação de familiares no processo de cessar o etilismo.

- Campanhas publicitárias para alertar quanto ao início do etilismo na adolescência e maior divulgação de grupos de apoio ao alcoolista.

➤ **Não pratica exercícios físicos aeróbicos regularmente**

- Falta de informação.
- Não adesão terapêutica (não gosta de praticar exercícios).
- Falta de motivação (falta de apoio familiar).
- “Falta de tempo” (trabalha ou estuda a maior parte do dia).
- Falta de local adequado para a prática de exercício físico (não tem local adequado próximo de casa, não tem praça pública equipada com aparelhos, as avenidas são perigosas para a prática da caminhada).
- Limitação física à prática de exercício (tem problemas articulares, não tem opções diferentes de exercícios como hidroginástica).

Possíveis ações de enfrentamento dos nós críticos:

- Campanhas publicitárias e reuniões informativas orientando o paciente e familiares sobre o papel do exercício físico no controle da hipertensão, material informativo impresso associado ao cartão do hipertenso. Incluindo informações sobre o tipo de exercício recomendado (aeróbico), a frequência semanal e duração. Incentivar participação de familiares na prática de exercício físico.
- Construção de praça pública com aparelhos para a prática de exercício físico e espaço físico reservado para caminhada, disponibilização de vagas para a prática de hidroginástica no SESC da cidade para quem tem limitações para outros tipos de exercícios.

➤ **Não faz uso adequado de medicamentos anti-hipertensivos**

- Baixa acessibilidade a consulta médica para prescrever medicação, avaliar a eficácia das medicações, ajustar as doses das medicações ou trocar medicamentos.
- Não adesão terapêutica (uso incorreto das medicações devido a pouca instrução do paciente, baixa adesão devido a ocorrência de efeitos colaterais, baixa adesão devido à posologia incompatível com as atividades do cotidiano).
- Pouca disponibilidade das medicações (irregularidade no fornecimento da medicação no sistema público de saúde, medicação de custo elevado).

Possíveis ações de enfrentamento dos nós críticos:

- Contratar mais médicos para que seja feito o atendimento de 100% da população pela ESF, mantendo o número de pacientes compatível com a capacidade de atendimento, sendo que em locais mais carentes onde a população demanda mais atendimentos cada equipe de ESF deve ficar responsável por um número menor de usuários.
- Agendamento de consultas regularmente para pacientes hipertensos fazerem acompanhamento médico e substituir as medicações para outras de posologia mais cômoda em caso de má adesão terapêutica.
- Agendar visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde para os hipertensos para verificar regularmente se a medicação está sendo tomada da forma correta.
- Cobrar da secretaria de saúde o fornecimento de medicações mais regular para a unidade de saúde.

IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

1. Propagandas televisivas de conscientização.
2. Material informativo impresso junto ao cartão do hipertenso.
3. Aparelhagem de ginástica de acesso ao público ou implantar Academias da Cidade.

4. Reforma de praça pública.
5. Disponibilização de vagas em hidroginástica no SESC na cidade.
6. Oficinas educativas para paciente e família.
7. Fiscalização de locais que vendem bebida alcoólica.
8. Consultas médicas.
9. Medicamentos anti-hipertensivos.

Os recursos críticos do Projeto de Intervenção estão apresentados no Quadro 2:

Quadro 2 – Recursos Críticos do Projeto de Intervenção

Recursos Críticos	Tipo de Recurso
1. Propagandas televisivas de conscientização	Financeiro: financiar propaganda televisiva. Político: conseguir propaganda televisiva por meio de articulação intersetorial com o setor responsável por propagandas de interesse público. Cognitivo: produção do conteúdo da propaganda.
2. Material informativo impresso junto ao cartão do hipertenso.	Financeiro: aquisição de folhetos educativos junto ao cartão do hipertenso. Político: conseguir os folhetos educativos por meio de articulação intersetorial com o setor responsável pela educação em saúde. Cognitivo: produção do conteúdo dos folhetos educativos.
3. Aparelhagem de ginástica de acesso ao público ou implantar Academias da Cidade.	Financeiro: aquisição de aparelhagem de ginástica. Político: decisão de oferecer recursos para aquisição da aparelhagem pelos gestores dos recursos públicos; articulação intersetorial com o governo federal para implantar Academias da Cidade.
4. Reforma de praça pública.	Financeiro: recursos para reforma de praça pública. Político: decisão de oferecer recursos para a reforma da praça pública pelos gestores dos recursos públicos.
5. Disponibilização de vagas em hidroginástica no SESC da cidade.	Financeiro: recursos para custear as vagas em hidroginástica no SESC da cidade. Político: decisão de oferecer recursos para disponibilizar vagas em hidroginástica pelos gestores dos recursos públicos.
6. Oficinas educativas para paciente e família.	Cognitivo: produzir conteúdo educativo. Organizacional: reservar local no serviço de saúde e tempo dos profissionais de saúde; mobilizar pacientes e familiares para participarem.

7. Fiscalização de locais onde se vendem bebidas alcoólicas.	Político: articulação intersetorial com o setor responsável pela fiscalização da venda de bebida alcoólica.
8. Consultas médicas.	Organizacional: reservar consultas médicas para o acompanhamento dos hipertensos. Cognitivo: preparar conteúdo informativo para oferecer nas consultas.
9. Medicamentos anti-hipertensivos.	Organizacional: regularizar o fornecimento de medicamentos em quantidade adequada para a população. Político: decisão pelos gestores dos recursos públicos de acompanhar melhor o fornecimento de medicamentos anti-hipertensivos a todos que precisam.

Fonte: o próprio autor.

ANÁLISE DA VIABILIDADE

O Quadro 3 apresenta a análise da viabilidade de alcançar as necessidades do Projeto de Intervenção a partir de estratégias.

Quadro 3 – Análise da viabilidade

Atores	Motivação	Estratégia
1 – Gestores públicos.	Indiferente.	Apresentar projetos de propagandas, folhetos anexos ao cartão do hipertenso. Cobrar aparelhagem e reforma de praça pública. Apresentar lista de medicamentos faltantes na UBS mensal ou trimestralmente.
2 – Secretaria de saúde.	Indiferente.	Apresentar projetos de propagandas, folhetos anexos ao cartão do hipertenso. Cobrar aparelhagem e reforma de praça pública. Sugerir implantação de Academias da Cidade. Apresentar lista de medicamentos faltantes na UBS mensal ou trimestralmente.
3 – Bruno, médico da UBS.	Favorável.	Não é necessária.
4 – Profissionais da UBS.	Indiferente.	Apresentar projetos de oficinas educacionais.
4 – Setor responsável por propagandas públicas de saúde.	Indiferente.	Apresentar projetos de propagandas, folhetos anexos ao cartão do hipertenso.

5 – Setor responsável pela educação em saúde.	Indiferente.	Apresentar projetos de propagandas, folhetos anexos ao cartão do hipertenso.
---	--------------	--

Fonte: o próprio autor.

PLANO OPERATIVO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Foi elaborado o plano operativo do projeto de intervenção com as estratégias de enfrentamento, o profissional da equipe de saúde responsável pela execução das ações e o prazo estimado para realização das mesmas, cujos dados estão representados no Quadro 4.

Quadro 4 – Plano Operativo do Projeto de Intervenção

Estratégia	Responsável	Prazo
Apresentar projetos de propagandas, folhetos anexos ao cartão do hipertenso. Cobrar aparelhagem e reforma de praça pública. Apresentar lista de medicamentos faltantes na UBS mensal ou trimestralmente.	Bruno.	6 meses.
Apresentar projetos de propagandas, folhetos anexos ao cartão do hipertenso. Cobrar aparelhagem e reforma de praça pública. Apresentar lista de medicamentos faltantes na UBS mensal ou trimestralmente.	Bruno.	6 meses.
Apresentar projetos de oficinas educacionais.	Bruno.	6 meses.
Apresentar projetos de propagandas, folhetos anexos ao cartão do hipertenso.	Bruno.	6 meses.
Apresentar projetos de propagandas, folhetos anexos ao cartão do hipertenso.	Bruno.	6 meses.

Fonte: o próprio autor

6 – REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com o Ministério da Saúde, a Hipertensão Arterial é definida como: “pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.” (BRASIL, 2006, p. 14).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia, (2006), recomenda que indivíduos sem diagnóstico prévio de hipertensão e níveis de PA elevada em uma aferição tenham a medida da pressão arterial repetida em diferentes períodos para um diagnóstico assertivo da presença de HAS. Assim, para fechar um diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, necessitando de várias aferições casuais. Esta ação pode evitar o diagnóstico incorreto de hipertensão em casos de ocorrência da “hipertensão do avental branco” que representa na verdade uma elevação momentânea da pressão arterial diante da presença do profissional de saúde na ocasião da medida da PA, achado relacionado mais frequentemente a pessoas ansiosas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 14).

TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Expõe-se a seguir, as principais medidas terapêuticas recomendadas atualmente para o bom controle da hipertensão arterial, segundo revisão de literatura realizada. Enfatiza-se que, as principais medidas de controle da hipertensão dependem de múltiplas modificações do estilo de vida, de modo que, o uso de medicações seja apenas uma parte do tratamento. Dessa forma, deve-se enfatizar que o controle adequado da hipertensão depende em grande parte da adesão do paciente ao tratamento estabelecido e de atitudes mais adequadas tornando-se co-responsável pelo controle de sua enfermidade.

➤ Modificações do estilo de vida

As modificações no estilo de vida estão indicadas para todos os hipertensos. Os hábitos de vida adversos são comuns em indivíduos com hipertensão, podendo desempenhar um papel importante no desenvolvimento da doença. Múltiplas modificações no estilo de vida

são capazes de reduzir a pressão arterial e estabelecer relações de melhoria do controle da enfermidade. Segundo Zipes e Braunwald (2010) é importante a ocorrência de diversas modificações simultâneas no estilo de vida das pessoas para se obter maiores benefícios a saúde. Mesmo que modificar o estilo de vida possa ser difícil e, necessitar de grande empenho da própria pessoa, também deve-se conseguir a manutenção do tratamento medicamentoso anti-hipertensivo a longo prazo. Estas ações podem ajudar na redução da pressão arterial e apresentar efeito protetor sobre as doenças cardiovasculares.

Minas Gerais (2013, p. 48), reforça que “o tratamento não medicamentoso é fundamental no enfrentamento da hipertensão, sendo eficaz na prevenção e no tratamento da hipertensão, além de aumentar o efeito do tratamento medicamentoso”.

Entre as mudanças de estilo de vida que são capazes de contribuir para a redução dos riscos e agravos da HAS, pode-se citar a interrupção do tabagismo, a redução de peso corporal, a prática de atividade física, dieta alimentar adequada com redução do consumo de sal, redução de ingestão de álcool, combate ao estresse, entre outras (MINAS GERAIS, 2013).

➤ **Interrupção do tabagismo**

O tabagismo é considerado um grande fator de risco para as doenças cardiovasculares, sendo que parte dos riscos advém do grande efeito pressor do tabaco. “O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação” (BRASIL, 2006, p. 27). Segundo o Ministério da Saúde, “quando se avalia a pressão sistólica de fumantes e não fumantes através da avaliação por MAPA verifica-se uma PA com elevação significativa no grupo dos fumantes o que evidencia o importante efeito hipertensivo transitório do fumo de cigarros” (BRASIL, 2006, p. 27).

A cessação do tabagismo se associa com redução da morbidade e mortalidade gerais, e redução da morbi-mortalidade associada a doença cardiovascular e por câncer (MINAS GERAIS, 2013).

Os indivíduos tabagistas não desenvolvem tolerância ao efeito pressor da nicotina e têm aumento do efluxo simpático, resultando em aumento da rigidez arterial. O tabaco tem efeitos nocivos adicionais como aumento da resistência à insulina, contribui para obesidade

visceral e aumenta a progressão de nefropatias (ZIPES; BRAUNWALD, 2010). O profissional de saúde deve convencer os indivíduos tabagistas a abandonarem o cigarro sempre que tiverem uma oportunidade. Os tabagistas podem se utilizar das terapias de substituição de nicotina como ferramentas úteis, eficazes e com mínimos efeitos pressores para auxiliar na cessação do tabagismo.

O Ministério da Saúde recomenda “que os hipertensos que fumam sejam frequentemente estimulados a cessar o tabagismo através de aconselhamento e de outras medidas de suporte específicas, inclusive com participação em programas de ajuda no controle do tabagismo” (BRASIL, 2006, p. 27).

Os hipertensos podem usar “com segurança terapias de reposição de nicotina para auxiliar no abandono do tabagismo, conforme salienta a Sociedade Brasileira de Cardiologia, resultando num melhor controle da hipertensão e diminuição do risco de doenças cardiovasculares” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 22).

➤ **Redução de peso**

Segundo o Ministério da Saúde, o excesso de peso é um dos fatores predisponentes para a hipertensão. “Estima-se que cerca de 20% a 30% da prevalência da hipertensão possa ser explicada pela presença do excesso de peso”. (BRASIL, 2006, p. 25)

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006) recomenda que os hipertensos com excesso de peso participem de programas de emagrecimento para alcançar o eutrofismo.

Deve-se ter como “metas atingir índice de massa corporal inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura menor que 102 cm para homens e menor que 88 cm para mulheres. Entretanto, a perda de cinco até dez por cento de peso corporal já é suficiente para iniciar a redução dos valores da pressão arterial” (BRASIL, 2006, p. 25).

Segundo Minas Gerais (2013, p. 49), “a redução de cinco a dez quilos leva à diminuição média de 10 mmHg da pressão. Metanálise mostrou redução da pressão arterial de 6,3/3,4 mmHg associada à perda de peso”.

A distribuição da gordura corporal também é um fator de risco para hipertensão, conforme explicam Zipes & Braunwald (2010). A deposição de gordura na parte superior do

corpo é um importante componente da síndrome metabólica. Esse tipo de obesidade é um fator de risco para hipertensão independente do IMC e também se associa mais comumente à apnéia obstrutiva do sono que pode levar à hipertensão sustentada.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, o fato de a perda de peso levar à diminuição da pressão arterial se deve à queda da insulinemia, redução da sensibilidade ao sódio e diminuição da atividade do sistema nervoso autônomo simpático (BRASIL, 2006).

➤ **Atividade física**

A atividade física pode reduzir a incidência de hipertensão, diabetes e contribuir na proteção contra doenças cardiovasculares. Além disso, um aumento na atividade física quase sempre é essencial para a redução do peso, outra medida comprovadamente eficaz na redução da pressão arterial em pacientes que apresentam sobrepeso (ZIPES; BRAUNWALD, 2010).

A pressão arterial de uma pessoa que pratica atividade física, durante o exercício aeróbico, diminui e continua mais baixa no restante do dia. O efeito anti-hipertensivo global é alcançado com apenas 30 minutos de atividade aeróbica diária realizada três ou mais vezes por semana (ZIPES; BRAUNWALD, 2010).

Segundo a SBC:

“[...] praticar regularmente exercícios físicos reduz a pressão arterial sistólica em 6,9 mmHg e pressão arterial diastólica em 4,9 mmHg respectivamente. Recomenda-se a prática de exercícios para todos os hipertensos, incluindo aqueles pacientes que também fazem uso de terapêutica medicamentosa da hipertensão” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 21).

O Ministério da Saúde Brasileiro recomenda que “a atividade física realizada pelos hipertensos seja de moderada intensidade, com duração de pelo menos 30 minutos e numa frequência de cinco vezes por semana, de forma contínua ou acumulada”. Ainda indicam que sejam realizadas atividades rotineiras como subir escadas, caminhar, atividades domésticas dentro e fora de casa e utilizar transporte ativo no dia-a-dia, de modo que se gaste pelo menos 150 minutos por semana com esses afazeres (BRASIL, 2006, p. 27).

Minas Gerais (2013, p. 51), recomenda que:

“[...] se pratique atividade física aeróbica regularmente, como as caminhadas, na frequência de cinco vezes por semana, durante 30 minutos ao

dia para prevenção da hipertensão e que seja realizada diariamente para o tratamento de quem já possui a doença. Recomenda ainda que os exercícios aeróbicos sejam complementados com exercícios resistidos, pois contribuem para reduzir a pressão.”

➤ Alterações da dieta

A dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial. As principais alterações da dieta que melhoram o controle dos valores pressóricos são a restrição do sódio da dieta, aumento no consumo de cálcio, potássio, magnésio, redução no consumo de gorduras e da ingestão de álcool (MINAS GERAIS, 2013; BRASIL, 2006; ZIPES e BRAUNWALD, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

➤ Restrição do sódio na dieta

Segundo o Ministério da Saúde:

“[...] uma dieta com menor conteúdo de sódio (menor que 2,4 g/dia ou seis gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, leguminosas, legumes e verduras, cereais integrais, leite e derivados, menor quantidade de gorduras saturadas, trans e colesterol tem a capacidade de reduzir a pressão arterial em pacientes hipertensos” (BRASIL, 2006, p. 25).

Há muito tempo se têm evidências de que o conteúdo alto de sódio na dieta das pessoas são uma das causas de hipertensão arterial. Quando a hipertensão está presente, modesta restrição de sal pode ajudar a reduzir a pressão arterial (ZIPES; BRAUNWALD, 2010).

“A restrição de sódio é uma medida útil como terapêutica nos hipertensos. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia numerosas evidências mostram benefícios decorrentes da restrição do consumo de sal na alimentação, tais como: redução da pressão arterial (evidência nível A), menor prevalência de complicações cardiovasculares (evidência nível B), menor incremento da pressão arterial com o envelhecimento (evidência nível B); possibilidade de prevenir elevação da pressão arterial (evidência nível B) e; regressão de hipertrofia miocárdica (evidência nível B).” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 21).

Zipes & Braunwald (2010) consideram como sendo o modo mais fácil de conseguir uma restrição moderada de sódio passar a utilizar alimentos naturais como substitutos dos alimentos processados, uma vez que a maioria dos alimentos processados tem acréscimo de sal e remoção de potássio.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006), esclarece que a dieta habitual contém de dez a doze gramas por dia de sal. A mesma considera ser saudável uma pessoa ingerir até seis gramas de sal por dia (100 mmol ou 2,4g/dia de sódio), o que correspondente a adicionar aos alimentos quatro colheres de café rasas (quatro gramas) de sal, que já contém dois gramas de sal.

Algumas das recomendações da SBC para ajudar os hipertensos a manterem hábito alimentar saudável são:

“redução da quantidade de sal na elaboração de alimentos (A); retirada do saleiro da mesa (A); restrição das fontes industrializadas de sal: molhos prontos, sopas em pó, embutidos, conservas, enlatados, congelados, defumados e salgados de pacote tipo snacks (B); [...] preferência por temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, em substituição aos similares industrializados (D);” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 20).

Zipes & Braunwald (2010) recomendam ainda que os pacientes devam evitar alimentos cujas embalagens indiquem mais que 300mg de sódio por porção; não acrescentar cloreto de sódio ao alimento durante o cozimento ou à mesa; usar uma preparação mista com cloreto de sódio e potássio (como o *Lite-Salt*) ou um substituto com cloreto de potássio puro se for desejado um sabor salgado; evitar ou minimizar o uso de “refeições rápidas”, grande parte das quais é rica em sódio e; reconhecer o conteúdo de sódio de alguns antiácidos e medicamentos patenteados.

Para Minas Gerais (2013, p. 49), “o nível recomendado de ingestão de sal não deve ser superior a cinco gramas por dia, o que equivale a três colheres de café rasas de sal (três gramas) mais dois gramas que contém nos alimentos”.

➤ **Suplementação de potássio**

A Sociedade Brasileira de Cardiologia afirma

“[...] que a suplementação de potássio leva a uma modesta redução da pressão arterial (nível de evidência A). Os pacientes podem aumentar a ingestão desse elemento na dieta através da escolha de alimentos com menor teor de sódio e maior conteúdo de potássio, como frutas secas, batata inglesa, ervilha, feijões, vegetais de cor verde-escuro, beterraba, cenoura, tomate, melão, banana e laranja” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 21).

Zipes e Braunwald (2010) confirmam que os suplementos de potássio reduziram a pressão arterial em uma média de 35/2,5 mmHg em diversos estudos. Entretanto, advertem que a suplementação de potássio é muito cara e potencialmente arriscada para o uso de rotina

por indivíduos hipertensos, dessa forma, apóiam o aumento do consumo de frutas e verduras como a melhor maneira de aumentar a ingestão de potássio e que, adicionalmente, também contribui para reduzir a incidência de acidente vascular cerebral (AVC).

É razoável “a recomendação de níveis de ingestão de potássio de 4,7 g/dia ou maior para a população saudável com função renal normal e valores menores para quem possui insuficiência renal, devido ao risco de hipercalemia,” segundo a SBC (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 21).

➤ **Suplementos de cálcio**

Zipes e Braunwald (2010) relatam que em 42 estudos (a maioria de curta duração) em que foi feita intervenção dietética ou utilizados suplementos de cálcio em adultos não gestantes, a pressão arterial caiu 1,44/0,84 mmHg. Assim, a melhor conduta em relação a manter o teor de cálcio da dieta do hipertenso é assegurar que a ingesta de cálcio não seja inadvertidamente diminuída por uma redução no consumo de leite e queijos, numa tentativa de diminuir a ingesta de gorduras e sódio, pelo fato de os suplementos de cálcio, às vezes, aumentarem a pressão arterial e o risco de cálculos renais.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia esclarece que “uma alimentação rica em laticínios, verduras e frutas com baixo conteúdo de gordura contem quantidades significativas de potássio, cálcio e magnésio, que possuem efeito de reduzir a pressão arterial e o risco de acidente vascular encefálico (nível de evidência A). Entretanto, não se recomenda utilizar suplementos de magnésio ou cálcio como medida para reduzir os valores de pressão arterial, a menos que haja hipocalcemia ou hipomagnesemia. Existem evidências suficientes apenas para recomendar uma alimentação rica nesses elementos. Além disso, suplementação de cálcio excedendo um grama por dia pode aumentar o risco de litíase renal” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 21).

➤ **Suplementos de magnésio**

Estudos que utilizaram suplementação de magnésio de cerca de 15,4 mmol/24 horas resultaram numa queda na pressão arterial estatisticamente não significativa de 0,6/0,8 mmHg na pressão sistólica e diastólica respectivamente (ZIPES; BRAUNWALD, 2010).

➤ **Outros constituintes dietéticos**

A cafeína aumenta agudamente a pressão arterial, mas de forma transitória; não foi encontrada, porém, nenhuma associação entre o consumo de café e a incidência de hipertensão. Uma dieta rica em açúcares ou refrigerantes dietéticos, entretanto, aumenta o risco de hipertensão. Uma dieta rica em frutas e verduras, com aumento na ingestão de fibras, potássio e outros ingredientes resulta em reduções significativas na pressão arterial de indivíduos normotensos. Alta ingestão de fibras e altas doses de ácidos graxos ômega 3 de óleo de peixe resultam em alguma redução da pressão arterial conforme observado em estudos analisados por Zipes e Braunwald (2014). Também associa-se a uma pressão arterial mais baixa aquelas dietas com uma ingestão aumentada de proteína vegetal, e suplementos de vitamina C têm exercido algum efeito sobre a pressão arterial.

➤ **Consumo moderado de álcool**

O álcool pode ter efeitos de dois tipos contrários na pressão arterial. Em excesso, particularmente em uma bebida, aumenta a pressão arterial e pode ter efeitos letais; mas se consumido em pouca quantidade, pode oferecer múltiplos efeitos cardiovasculares benéficos (ZIPES; BRAUNWALD, 2010).

Segundo Minas Gerais (2013, p. 52), “o consumo de álcool causa redução aguda da pressão arterial, entretanto, é seguido de efeito rebote com aumento da pressão algumas horas após o consumo”.

“Foi evidenciado em estudos observacionais que existe correlação entre ingestão de grande quantidade de bebida alcoólica e aumento dos níveis pressóricos. Foi percebido também que a redução do consumo de álcool pode reduzir os valores de pressão arterial em pacientes normotensos e hipertensos que ingerem grande quantidade de álcool” (BRASIL, 2006, p. 26).

O nível “seguro” de consumo regular de álcool, em relação à hipertensão em indivíduos do sexo masculino, é de menos de duas porções em 24 horas, mas observou-se que em indivíduos negros uma quantidade menor ainda pode não ser segura e aumentar a incidência de hipertensão. Uma porção é definida como 12 ml de álcool, o equivalente a 12 onças de cerveja (± 360 mL), quatro onças de vinho (± 120 mL) e 1,5 onça de licor (± 45 mL) (ZIPES; BRAUNWALD, 2010).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006, p. 21), recomenda que o “consumo de etanol seja de, no máximo, 30 g/dia para homens e 15 g/dia para mulheres ou pessoas de baixo peso”.

Segundo o Ministério da Saúde, isso é equivalente, para o indivíduo do sexo masculino, a ingestão máxima por dia de: “720 ml de cerveja (uma garrafa); 240 ml de vinho (uma taça) ou 60 ml de bebida destilada (uma dose)”. Os pacientes que não conseguem limitar o consumo de etanol a esses valores devem cessar totalmente o consumo de álcool. (BRASIL, 2006, p. 26).

Apesar de o consumo de quantidades moderadas de álcool reduzir o risco de doença coronariana, insuficiência cardíaca, AVC isquêmico, diabetes e demência, não se recomenda que indivíduos hipertensos sejam encorajados a beber, pois os riscos potenciais podem superar os benefícios (ZIPES; BRAUNWALD, 2010).

➤ **Técnicas de relaxamento**

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006), estudos demonstram que o estresse mental ou outras situações de estresse como a privação de sono levam a aumento transitório da pressão. Existem evidências (nível B) de que o treinamento com técnicas para controlar o estresse emocional melhoram o controle da pressão arterial e diminuem a sua variabilidade.

O treinamento de controle do estresse pode ser utilizado como medida adicional para o controle da hipertensão de pacientes (nível de evidência C). “Além disso, a abordagem de aspectos psicoemocionais e psicossociais melhora a adesão do paciente a medidas terapêuticas não-medicamentosas e medicamentosas” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 22).

➤ **Terapias combinadas**

Quando várias modificações no estilo de vida são combinadas como controle do peso, dieta hipossódica, rica em cálcio, potássio e magnésio, interrupção do tabagismo, prática regular de exercício físico e controle do estresse, podem surgir efeitos anti-hipertensivos que se somam. Foi demonstrada redução na pressão arterial em hipertensos e uma menor incidência de hipertensão em indivíduos pré-hipertensos que aderiam a múltiplas estratégias de controle de pressão. Além de se recomendar modificações no estilo de vida para prevenir a hipertensão e controlar a doença quando ela surge, também devemos reconhecer que existe

uma limitação para se conseguir alterar significativamente o estilo de vida na prática clínica das pessoas atualmente. Portanto, embora seja necessário introduzir alterações no estilo de vida, não se deve negar aos pacientes os benefícios de um tratamento anti-hipertensivo farmacológico (ZIPES; BRAUNWALD, 2010).

➤ **Tratamento medicamentoso com anti-hipertensivos**

Nos casos em que as modificações do estilo de vida anteriormente descritas não forem suficientes para trazer a pressão arterial aos valores-alvo (menor que 140x90 mmHg para a maioria, menor que 130x80 mmHg para aqueles com diabetes ou insuficiência renal), ou se o nível de hipertensão desde o início for tão elevado que indique o tratamento medicamentoso imediato (PA maior que 160x100 mmHg), é necessário iniciar terapia medicamentosa concomitantemente às alterações no estilo de vida, seguindo-se um algoritmo global para o tratamento (ZIPES; BRAUNWALD, 2010).

Minas Gerais (2013, p. 54), relata que foi demonstrada “redução de morbidade e mortalidade em estudos com o uso de betabloqueadores, bloqueadores do receptor de angiotensina II (BRA), inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), diuréticos e antagonistas dos canais de cálcio”.

➤ **Diretrizes gerais do tratamento medicamentoso**

Para a maioria dos pacientes que não precisa de terapia imediata mais agressiva, uma vez que se tenha feito a escolha do agente mais apropriado para a terapia inicial, deverá ser iniciada uma dose relativamente baixa de uma única droga, com objetivo de reduzir a pressão arterial de cinco a dez mmHg em cada etapa.

Por não saber como os pacientes respondem individualmente aos medicamentos anti-hipertensivos, em relação à ocorrência de efeitos colaterais e eficácia do efeito hipotensor, a abordagem mais segura e mais fácil é começar com uma dose que provavelmente não é suficiente para a maioria dos pacientes. Para permitir que a autorregulação do fluxo sanguíneo mantenha a perfusão dos órgãos vitais quando a pressão de perfusão cair, a queda na pressão deve ser relativamente pequena e gradual. Reduções mais precipitadas na pressão, como frequentemente acontece com doses iniciais maiores, podem gerar uma hipoperfusão

considerável, resultando em sintomas que podem ser bastante incômodos (p. ex., fadiga, impotência) e podem oferecer um risco potencial (p. ex., hipotensão postural, isquemia coronariana). É muito melhor começar com uma dose menor e aumentar lentamente. (ZIPES; BRAUNWALD, 2010).

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006) 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, sendo esses os fatores decisivos na escolha da medicação.

A meta habitual é a redução da pressão arterial para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de pressão diastólica, mas em situações específicas podem ser úteis reduções para níveis inferiores a 130x80 mmHg (BRASIL, 2006).

A maioria dos estudos comparativos encontrou que doses moderadas de todas as subclasses de medicações tinham uma eficácia semelhante. As recomendações para a escolha do tratamento inicial têm se baseado, cada vez mais, nas indicações conclusivas de outras condições que frequentemente coexistem com a hipertensão. Entretanto, a maioria dos estudos mostrou claramente que, alcançando reduções iguais na pressão arterial, todas as medicações são igualmente efetivas na população global de hipertensos (ZIPES; BRAUNWALD, 2010).

Os anti-hipertensivos preferenciais para a realização do controle da pressão arterial em monoterapia inicial são, de acordo com a SBC: “diuréticos (A); betabloqueadores (A); bloqueadores dos canais de cálcio (A); inibidores da ECA (A); bloqueadores do receptor AT₁ (A)” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 27)

As indicações para escolha de determinadas medicações anti-hipertensivas para tratamento da hipertensão se baseiam no fato de que algumas classes de drogas podem fornecer proteção especial para algumas classes de pacientes. Como exemplo, os inibidores da ECA (iECAs) e os bloqueadores do receptor de angiotensina (BRAs) são amplamente considerados como tendo especial ação protetora renal e são listados como indicação conclusiva para pacientes diabéticos ou com outras nefropatias, acredita-se que os BCCs confirmam maior proteção primária contra AVC (ZIPES; BRAUNWALD, 2010).

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente estudo pôde-se observar a necessidade de pesquisas e maior investimento em recursos financeiros, políticos, cognitivos, organizacionais e, principalmente, recursos humanos para atingir o objetivo de melhorar o controle pressórico dos pacientes hipertensos no território de atuação da Equipe de ESF Planalto I de Montes Claros – MG e, também, na Atenção Primária em geral. As Equipes de saúde da família devem se envolver em atividades voltadas para a promoção da saúde da comunidade.

É importante elaborar propostas e buscar apoio intersetorial sensibilizando os gestores para que os vários objetivos sejam alcançados. O foco deve estar voltado para a melhoria da qualidade de vida da comunidade com maior ênfase nos grupos operativos que possuem maiores necessidades.

Espera-se que o projeto de intervenção por meio de estratégias, envolva os profissionais da equipe de saúde responsabilizando-os pela execução das ações no prazo estimado e que o objetivo seja alcançado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS – IBGE. **Cidades**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em 08 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normais e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-1189-8. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf>. Acesso em 20 dez. 2014.

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

FARIA, Horácio Pereira de et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 67p.

INDICE DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA – IDEB. Disponível em: <ideb.inep.gov.br>. Acesso em 08 fev. 2015.

LOLIO, C. A. de. Epidemiologia da hipertensão arterial. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 24:425-32, 1990. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v24n5/12>. Acesso em 08 fev. 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Minas Gerais. **Atenção à saúde do adulto – Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica**. 3ed atualizada. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf>. Acesso em 08 fev. 2015.

PREFEITURA DE MONTES CLAROS. Disponível em: <www.montesclaros.mg.gov.br>. Acesso em 08 fev. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**. 2006 Fev: 1-48. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf>. Acesso em 20 dez. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Disponível em: <www.sbh.org.br>. Acesso em 08 fev. 2015.

ZIPES, D. P.; BRAUNWALD, E. **Tratado de Doenças Cardiovasculares**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 2v. ISBN 9788535228397 (Broch.).

ANEXO A – ROTEIRO DE DADOS LEVANTADOS DO MUNICÍPIO (continua)

Anexo
Unidade didática I

Prezado(a) aluno(a),

Você deverá buscar em relatórios de gestão do município, na Internet ou diretamente no município, e em outras fontes (outras instituições de sua área de abrangência, incluindo a Unidade onde trabalha), dados e informações que lhe permitam conhecer, ainda mais, o município e o território de abrangência de sua equipe.

Além das narrativas, você poderá incluir quadros, gráficos, tabelas e fotos. Quando mais abrangente for a pesquisa que você fizer, mais fácil será a elaboração da análise situacional e a elaboração de seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

A seguir, apresentamos um Roteiro que aconselhamos seja seguido, o mais completamente possível.

Bom trabalho!

Roteiro para reconhecimento do município e da Unidade de Saúde

1. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

Nome:

Localização em relação a capital do estado e outros pontos geográficos interessantes:

Prefeito:

Secretário Municipal de Saúde:

Coordenador da Atenção Básica:

Coordenador da Atenção à Saúde Bucal:

População (número de habitantes):

2. HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO

3. DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO

3.1 - ASPECTOS GEOGRÁFICOS

Indicadores:

Área total do município

Concentração habitacional

Nº. aproximado de domicílios e famílias

3.2 - ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

Indicadores:

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

Taxa de Urbanização

Renda Média Familiar

% de Abastecimento de Água Tratada

% de recolhimento de esgoto por rede pública

Principais Atividades Econômicas

ANEXO A – ROTEIRO DE DADOS LEVANTADOS DO MUNICÍPIO (continuação)

3.3 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS 1:

Quadro1: Aspectos Demográficos 1

Município:										
Total da População										
Nº de Indivíduos	>1	1 – 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 25	25 - 39	40 - 59	60 e +	Total
Área Urbana										
Área Rural										
Total										

3.4 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS 2

Indicadores:

Taxa de Crescimento Anual

Densidade demográfica

Taxa de Escolarização

Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza

Índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil

População (%) usuária da assistência à saúde no SUS

3.5 - SISTEMA LOCAL DE SAÚDE - DADOS SOBRE:

Conselho Municipal de Saúde (composição, regularidade de reuniões etc)

Fundo Municipal de Saúde

Orçamento destinado à saúde (com especificidades que julgar interessante)

Programa Saúde da Família (sobre a implantação, cobertura, nº de equipes SF, SB, NASF, CEO etc)

Sistema de Referência e Contra referencia

Redes de Média e Alta Complexidade

Recursos Humanos em Saúde (número de profissionais, forma de vínculo, carga horária semanal, horário de trabalho, etc)

3.6 - TERRITÓRIO / ÁREA DE ABRANGENCIA

Número de família e de habitantes

Nível de alfabetização

Taxa de Emprego e principais postos de trabalho

Como vivem, de que vivem, como morrem.

4. RECURSOS DA COMUNIDADE

Outros recursos da comunidade, incluindo área de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, escolas, creches, igrejas)

Serviços existentes (luz elétrica, água, telefonia, correios, bancos);

5. UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Inserção na comunidade (localização e acesso)

Horário de funcionamento

5.1 - RECURSOS HUMANOS

Número, profissão, horário de trabalho.

5.2 - RECURSOS MATERIAIS

Área física e uso