

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

THIAGO WASHINGTON BAETA CARVALHO

**PLANO DE AÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA EM EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
FAMÍLIA.**

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS

2014

THIAGO WASHINGTON BAETA CARVALHO

**PLANO DE AÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA EM EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
FAMÍLIA.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS

2014

THIAGO WASHINGTON BAETA CARVALHO

**PLANO DE AÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA EM EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
FAMÍLIA.**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 16/6/2014

RESUMO

Desde o século XIX já era descrito que níveis permanentemente elevados de pressão arterial sistêmica possuem íntima relação com o aumento do risco cardiovascular. Como consequência surgiu à necessidade de intervenção, tratamento e acompanhamento longitudinal dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica. Sabe-se que a abordagem terapêutica, a educação em saúde e o diagnóstico precoce são pilares para que se possa alcançar controle rigoroso e efetivo na diminuição das taxas de morbimortalidade por HAS. Após diagnóstico situacional na área de abrangência, foi possível identificar um contraste negativo entre o número de pacientes com hipertensão arterial sistêmica registrado no DATASUS e o número de pacientes em controle efetivo na Unidade Básica de Saúde, gerando uma supra notificação com um sub acompanhamento longitudinal. Portanto, tal trabalho tem como objetivo elaborar um plano de intervenção com o intuito de estabelecer medidas locais de prevenção e controle da hipertensão arterial pela equipe da Estratégia de Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde Martinho Passos, do município de Senhora dos Remédios – Minas Gerais. Foi realizada pesquisa bibliográfica em bases indexadas no PubMed, na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), bem como também foram levantados materiais em outros compêndios de literatura clássica, para fundamentação teórica deste estudo e do plano de intervenção aqui proposto. O principal resultado esperado é a implementação das medidas propostas no plano bem como a melhoria nos indicadores de saúde locais e da rede assistencial local.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Since the nineteenth century it was reported that persistently high levels of systemic blood pressure, has a close relationship with increased cardiovascular risk. As a consequence has emerged a need for intervention, treatment and longitudinal follow-up of patients with systemic arterial hypertension (SAH). It is known that the therapeutic approach, health education, and early diagnosis are the pillars for achieving it poses strict and effective control in reducing morbidity and mortality rates for SAH. After situational diagnosis in our coverage area, it was possible to identify a negative contrast between the number of patients with SAH recorded on the DATA - SUS and the number of patients on effective control, in Primary Health Care, generating a notification above with a sub longitudinal follow-up. Therefore, this study aims to develop an action plan in order to establish local prevention and control of hypertension at the municipality of Senhora dos Remédios- MG. Literature search was performed in databases indexed in PubMed, the Virtual Health Library (VHL), the base of the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and materials were also raised in other compendiums of classical literature, theoretical foundation for this study and intervention proposed in this plan. The main expected result is the implementation of the measures proposed here, as well as improvements in indicators of local health and local health care network.

Descriptors: Primary Health Care. Hypertension. Health Education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	10
3 OBJETIVOS18
4 METODOLOGIA	19
5 BASES CONCEITUAIS	20
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	25
7 CONCLUSÃO	29
8 REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

Desde 1913, com descrição dos sons de Korotkoff foi observado que níveis elevados de pressão arterial estavam associados ao aumento do risco de eventos cardiovasculares.

A primeira classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) surgiu em 1914, quando se definiram suas duas formas: maligna e benigna. A primeira entidade possuiria curso acelerado e maior índice de mortalidade, e a segunda, evolução insidiosa com prejuízo orgânico e aumento do risco cardiovascular após cerca de uma a duas décadas de doença (CARVALHO *et al.*, 2009).

A partir de tais definições foi concluído que se necessitava de intervenção. E o primeiro modelo de tratamento foi instituído apenas para a forma maligna, instituindo dieta restritiva em sal, associado de simpatectomia.

Com o surgimento das primeiras drogas anti-hipertensivas (Tiocianatos, pentaquima, reserpina e hidralazina) foi observado controle dos níveis pressóricos a curto e longo prazo, e instituiu-se tratamento para a forma benigna.

A HAS é doença caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial que na grande maioria dos casos apresenta curso clínico silencioso. Sua história natural relaciona-se intimamente a alterações estruturais e funcionais de órgãos-alvo, sendo responsável diretamente pela elevada incidência de complicações cardiovasculares em diversos órgãos e sistemas, bem como por elevada morbimortalidade (CARVALHO *et al.*, 2011).

A HAS possui origem desconhecida na grande maioria dos pacientes (95%), referida como hipertensão essencial, tendo como característica um curso silencioso, dificultando em muitos momentos o diagnóstico no momento adequado. Eventualmente os pacientes podem apresentar-se com quadro de elevação aguda e acentuada dos níveis pressóricos associado a sintomas como dor na nuca, cefaleia, palpitações e dor abdominal referido como crise hipertensiva, podendo esta ser dividida em urgência hipertensiva, quando ocorre sem lesão de órgãos alvo e emergência hipertensiva quando envolve lesão de órgão alvo. Este quadro exige

intervenção médica imediata devido à iminência de disfunção orgânica aguda (FERREIRA FILHO, 2009).

A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (DBH VI, 2010) estabelece a seguinte classificação para os níveis tensionais:

- Ótima - < 120 / 80 mmHg;
- Normal - < 130 / 85 mmHg
- Limítrofe – 130-139 / 85-89 mmHg
- Hipertensão Estágio I – 140 -159 / 90/ 99 mmHg
- Hipertensão Estágio II - 160 -179 / 100-109 mmHg
- Hipertensão Estágio III - > ou = 180 / > ou = 110 mmHg
- Hipertensão Sistólica Isolada - > ou = 140 / < 90 mmHg.

A HAS tem prevalência variável de acordo com diversas populações, etnias, raças e espaços geográficos. A raça negra é mais afetada e tende a desenvolver padrões mais graves em comparação com a raça branca. Atualmente existe incremento importante dos níveis de HAS em crianças e adolescentes, relacionados diretamente com índices elevados de obesidade infantil, alterações de hábitos de vida (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

No Brasil, a prevalência é estimada em 35%, com aumento proporcional à idade, atingindo aproximadamente 75% da população acima de 70 anos. Sabe-se que a natureza assintomática da doença, a baixa adesão terapêutica e utilização irregular das medicações constituem-se nas principais causas do controle insatisfatório, observado em grande parte dos pacientes (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A concomitância de HAS mal controlada com outros fatores de risco cardiovascular, como hipertrigliceridemia, baixa de HDL, glicemia de jejum alterada, diabetes e obesidade central, proporciona expressivo aumento na incidência de complicações cardiovasculares graves como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e insuficiência renal dialítica. Estes eventos acarretam expressivo gasto

econômico e polarizam grande parte dos limitados recursos destinados à saúde para a medicina curativa e terciária em detrimento das ações preventivas e da continuidade do cuidado (BARROSO; ABREU; FRANCISCHETTI, 2002).

Desta forma, podemos observar que, no Brasil, é imprescindível se identificar melhor os grupos de risco e otimizar o controle pressórico dos pacientes, podendo, assim, influenciar positivamente os indicadores de morbimortalidade e minimizar as disparidades encontradas nos sistemas e serviços de saúde como a sobrecarga de hospitais e excesso de procedimentos de alta complexidade.

No contexto das ações preventivas e dos cuidados prolongados, a estratégia de saúde da família (ESF) é iniciativa vinculada às unidades básicas de saúde (UBS) criada em 1994 no Brasil e que hoje possui mais de 35.000 equipes cadastradas. Esta estratégia tem se mostrado eficaz e ampliadora do acesso da população aos serviços de atenção básica, sobretudo no controle de condições crônicas como HAS e *diabetes mellitus*.

Os pactos firmados pelos gestores locais bem como a plasticidade e iniciativas das equipes podem resultar no melhor controle local dessas doenças. No entanto, nem sempre os resultados são os inicialmente previstos. Na UBS Martinho Passos – equipe 2, do município de Senhora dos Remédios, fica evidente um contraste entre o número de pacientes registrados em sistema como hipertensos em acompanhamento, quando comparados com pequena parcela desses, realmente com efetivo e periódico controle clínico.

Estas informações poderiam orientar o manejo ativo dos casos na comunidade com envolvimento direcionado de toda a equipe. Poderiam, ainda, direcionar ações estratégicas com o intuito de efetivo acompanhamento das pessoas hipertensas e busca de autocuidado e, com isso, melhor qualidade de vida para elas.

2 JUSTIFICATIVA

Quando se fala em hipertensão e respectivos tratamento, controle e, principalmente, prevenção das possíveis complicações, pensa-se em ações efetivas em saúde de maneira integral e continua.

Sabe-se que o diagnóstico precoce, a abordagem terapêutica adequada e a educação em saúde são objetivos que devem ser alcançados para que se possa realizar um controle rigoroso, refletindo na diminuição das taxas de morbidade e mortalidade.

Por ocasião da realização do diagnóstico situacional na nossa área de abrangência e com a realização de levantamento epidemiológico, utilizando métodos de estimativa rápida (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010) elegeu-se, dentre os problemas identificados a hipertensão arterial como passível de resolução.

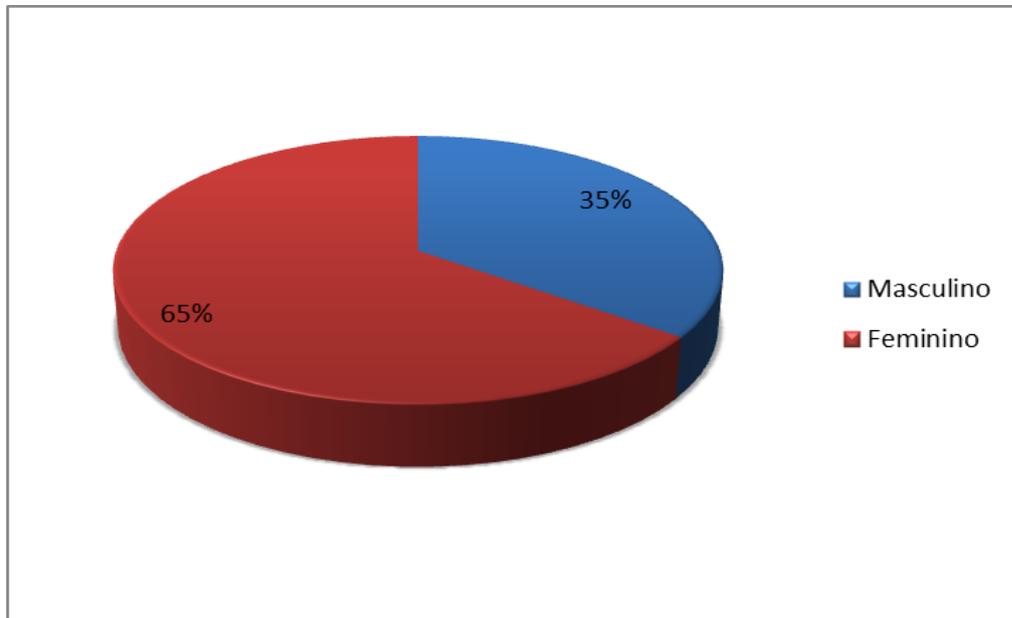
Essa decisão partiu da constatação do contraste negativo entre o número de pacientes com hipertensão registrados no DATASUS e o número de pacientes com controle efetivo, na UBS. Diante desse contexto, foram associados dados levantados pelo diagnóstico situacional mais os dados da DATASUS a fim de se avaliar o perfil epidemiológico da HAS, pela equipe.

A partir do levantamento de dados realizado, fez-se uma “análise estatística”, buscando pontos mais vulneráveis, os quais podem ser otimizados para a prevenção e controle da HAS.

As informações obtidas foram compiladas, analisadas e resumidas na forma de gráficos e tabelas com a utilização do programa Microsoft Office Excel 2007.

De um total de 45 pacientes relacionados com HAS, dos 34 presentes na UBS, 12 são do sexo masculino e 22 do sexo feminino, conforme mostrado no Gráfico 1. A leitura dos dados aponta que 65 % dos pacientes são do sexo feminino, havendo, portanto, predomínio de mulheres com HAS.

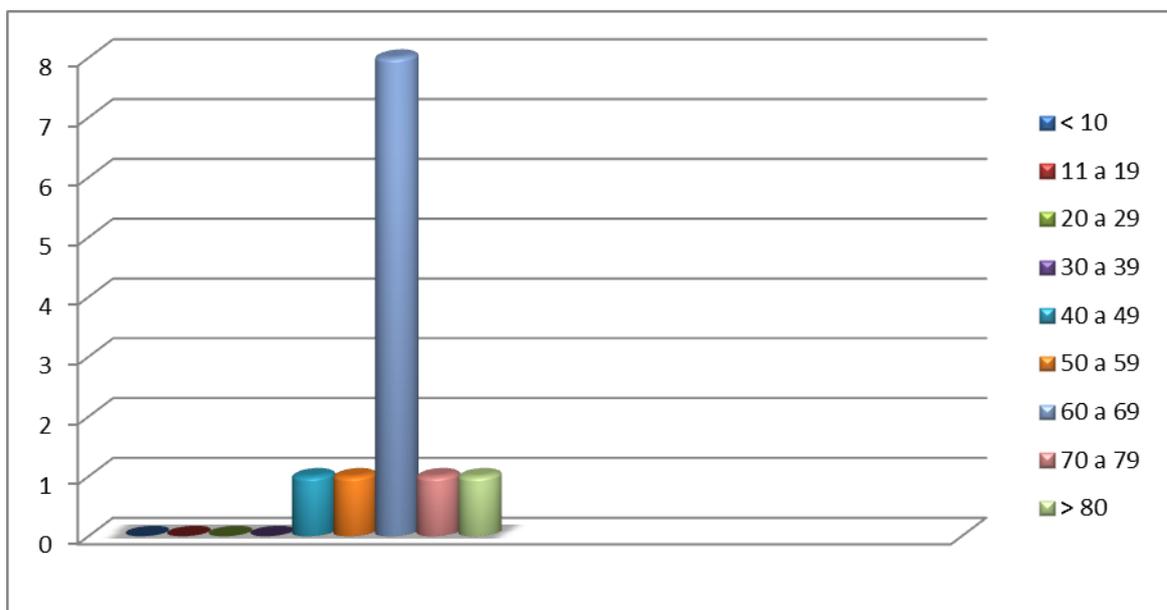
Gráfico 1- Distribuição dos pacientes, por sexo, da Estratégia de Saúde da Família 02, da UBS Martinho Passos, 2013.



Fonte (DATA SUS -2013)

No que diz respeito à idade, os dados do Gráfico 2 apresentam os resultados relativos ao intervalo de idades das pessoas do sexo masculino com HAS, com predomínio da idade compreendida entre 60-69 anos.

Gráfico 2 - Distribuição por idade dos pacientes do sexo masculino, cadastrados na ESF 02, da UBS Martinho Passos, 2013.

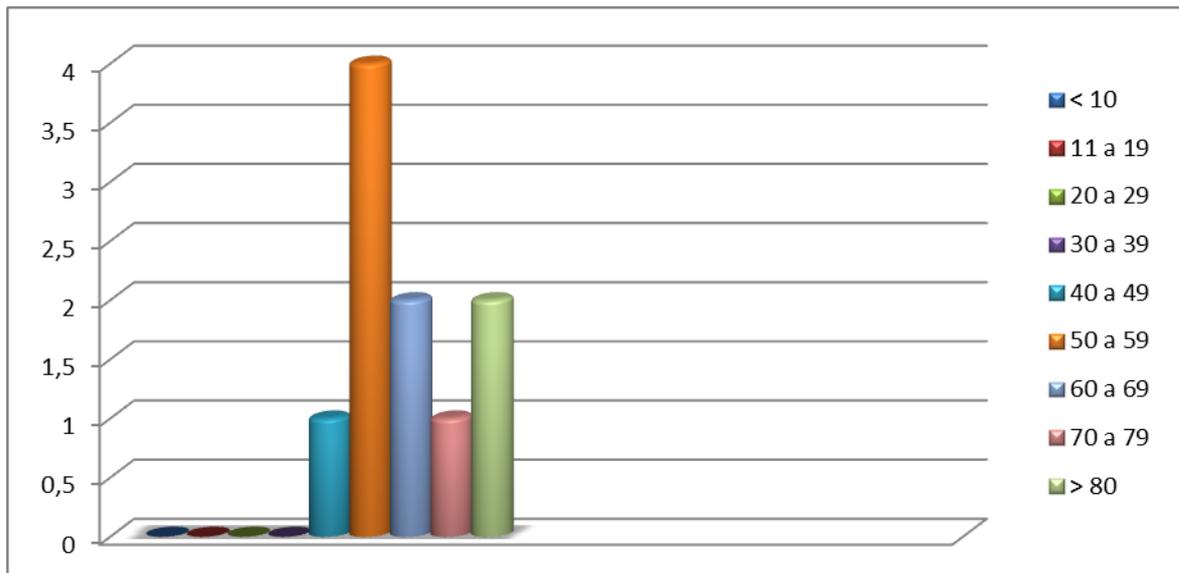


Fonte (DATA SUS -2013)

Em se tratando das mulheres com HAS, os dados do Gráfico 3 demonstram que dentre a população avaliada do sexo feminino, a média de idade foi de 46,6 anos quando se calcula a média de idade feminina, de acordo com o cálculo a seguir:

$$82+59+49+66+72+60+53+57+83+58+70+60+71+54+49+83=1026 / 22 = 46,6 \text{ anos}$$

Gráfico 3- Distribuição por idade dos pacientes do sexo feminino, cadastrados na ESF 02, da UBS Martinho Passos, 2013.

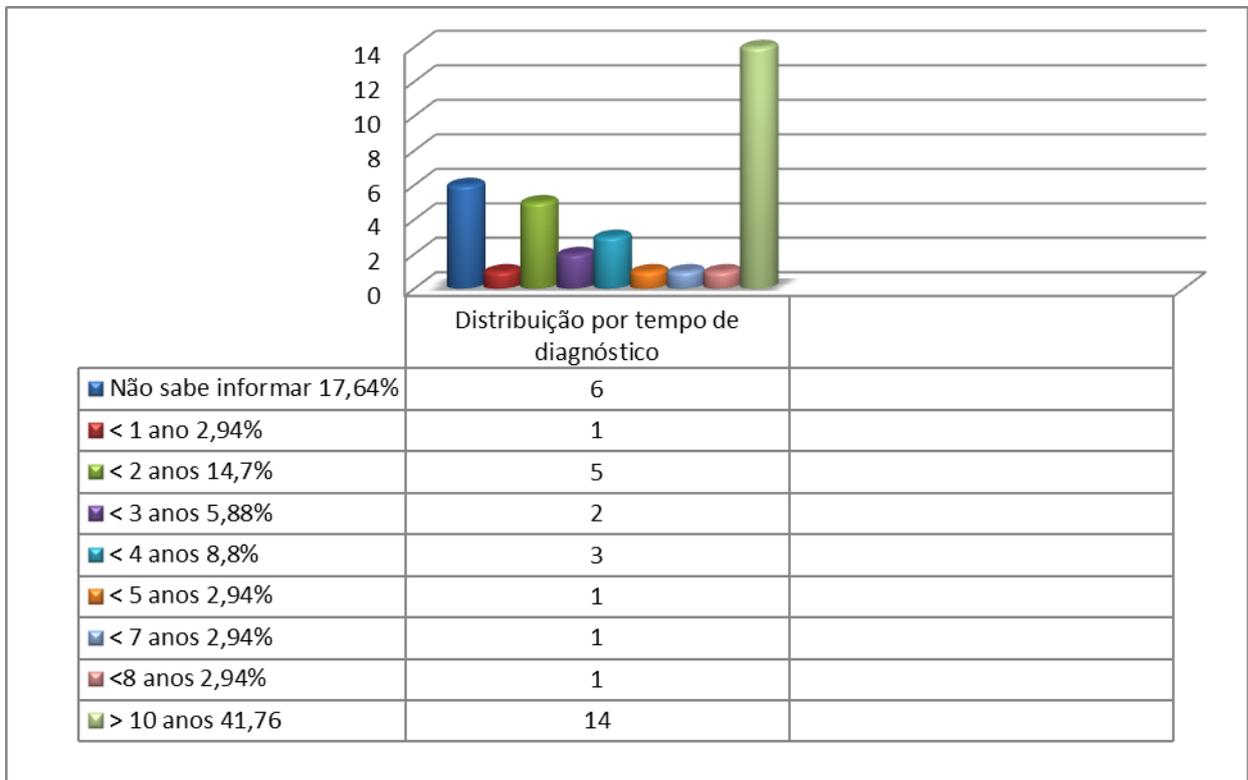


Fonte (DATA SUS -2013)

Apreende-se, também, que a faixa de idade das mulheres com HAS compreendida entre 50-59 foi a de maior percentual.

Quando se pontua o tempo de descoberta da HAS, de acordo com o gráfico 4, pode-se observar que a maioria dos pacientes (41%) tem diagnóstico de HAS há mais de 10 anos. Além disso, 17% destes não sabe informar a quanto tempo têm o diagnóstico.

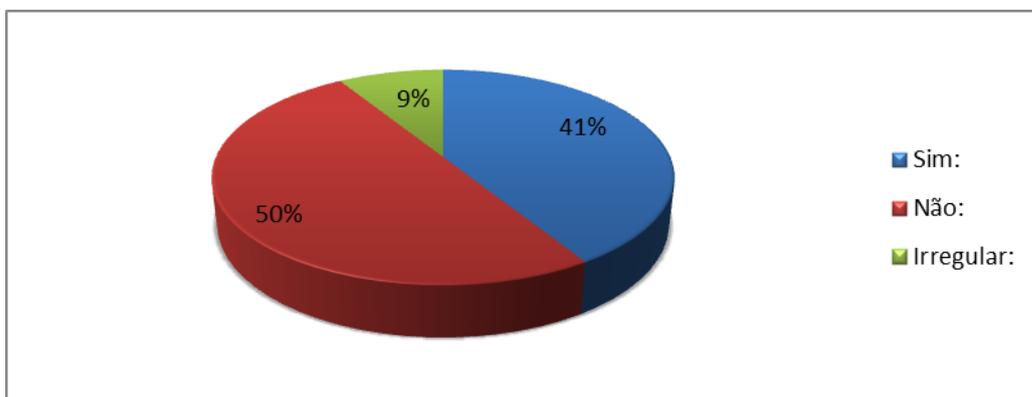
Gráfico 4 - Tempo de conhecimento do diagnóstico de HAS, dos pacientes cadastrados na ESF 02, da UBS Martinho Passos, 2013.



Fonte (DATA SUS -2013)

Quando se fala em controle dietético, percebe-se que grande parte dos pacientes com hipertensão apresenta dificuldade na sua realização. Os dados do Gráfico 5 mostram que dos 34 pacientes relacionados neste estudo, apenas 14 fazem controle dietético regularmente.

Gráfico 5 - Controle dietético de pacientes com HAS, ESF 02, da UBS Martinho Passos, 2013

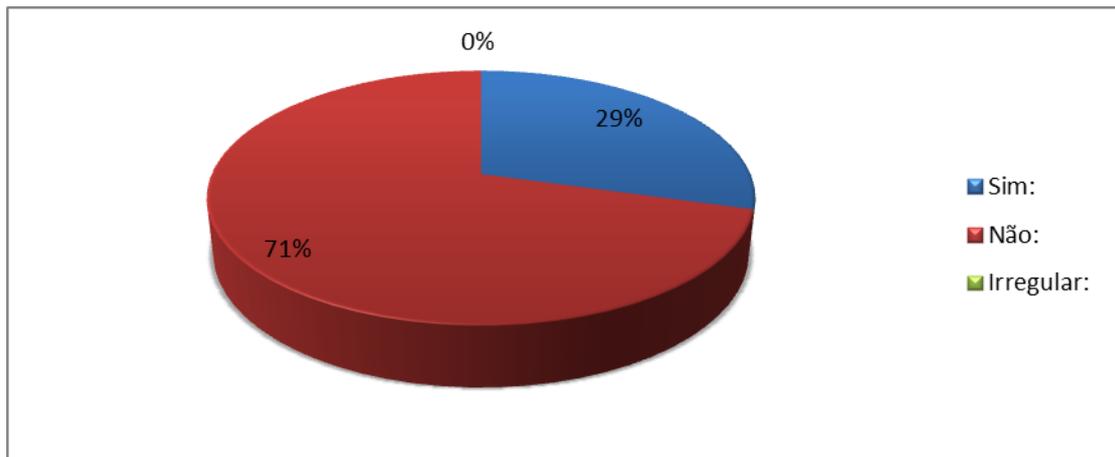


Fonte (DATA SUS -2013)

Detecta-se, assim, que apenas 41% dos pacientes apresenta controle dietético adequado, sendo que 50% não o realizam.

Em se tratando de exercício físico, tem-se que, de acordo com os dados do Gráfico 6, apenas 29% dos pacientes realizam atividade física regular.

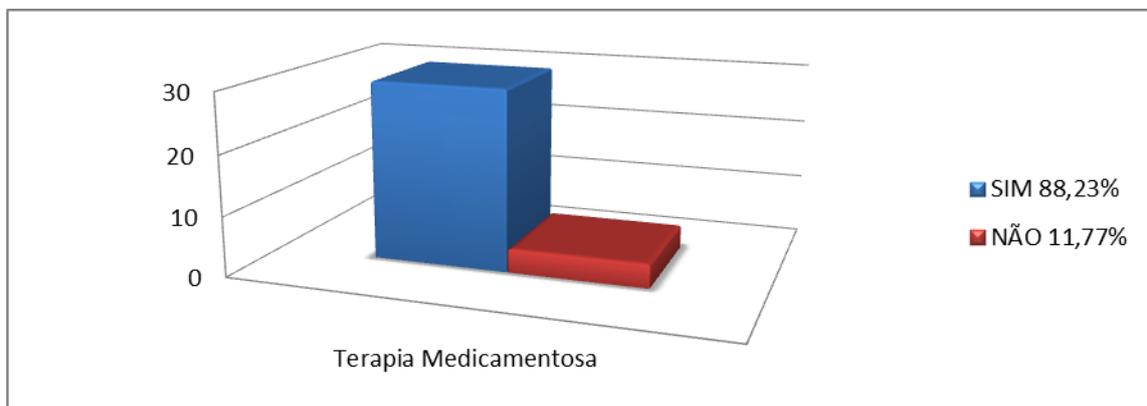
Gráfico 6 - Atividades físicas realizadas pelos pacientes com HAS, cadastrados na ESF 02, da UBS Martinho Passos, 2013.



Fonte (DATA SUS -2013)

A análise dos dados relativos à terapia medicamentosa apontou que 88,23% dos pacientes utilizam medicamentos para controle pressórico. Destes, 73% utilizam associação de medicamentos para o controle pressórico (Gráfico 8). Além disso, destes, 18% utilizam mais de 3 medicamentos (Gráfico 9).

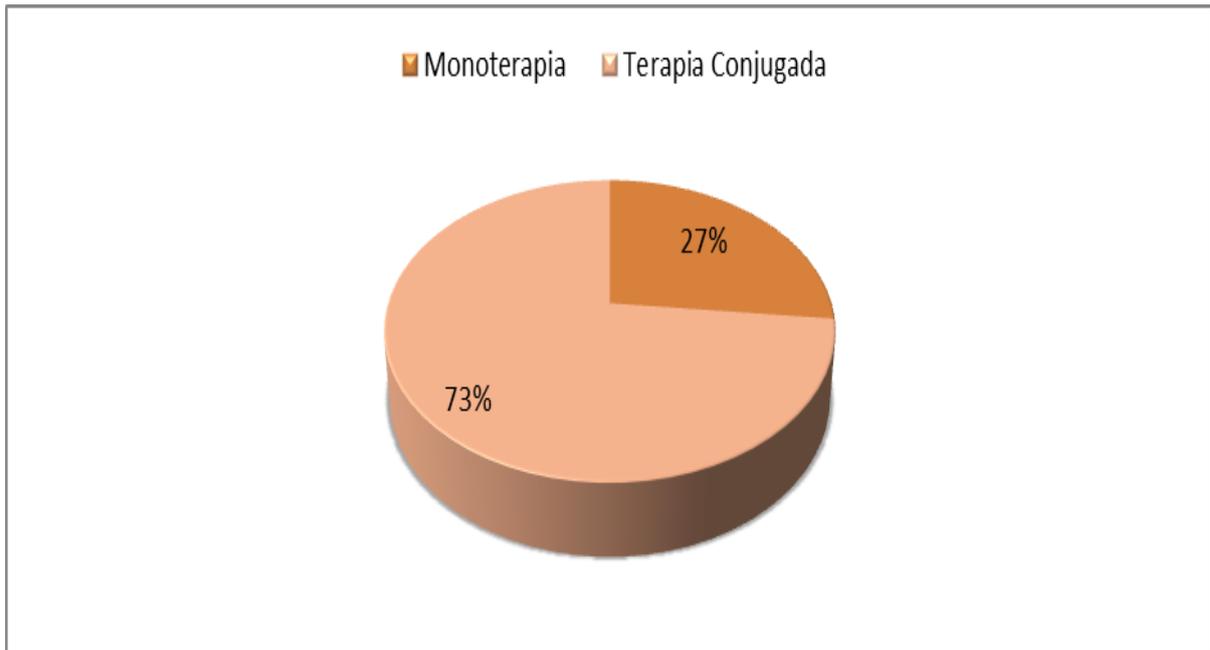
Gráfico 7 -Terapia Medicamentosa realizada pelos pacientes com HAS, cadastrados na ESF 02, da UBS Martinho Passos, 2013



Fonte (DATA SUS -2013)

Prosseguindo em relação à terapia medicamentosa, encontra-se que 73% dos pacientes fazem uso de terapia associada e 27% de monoterapia.

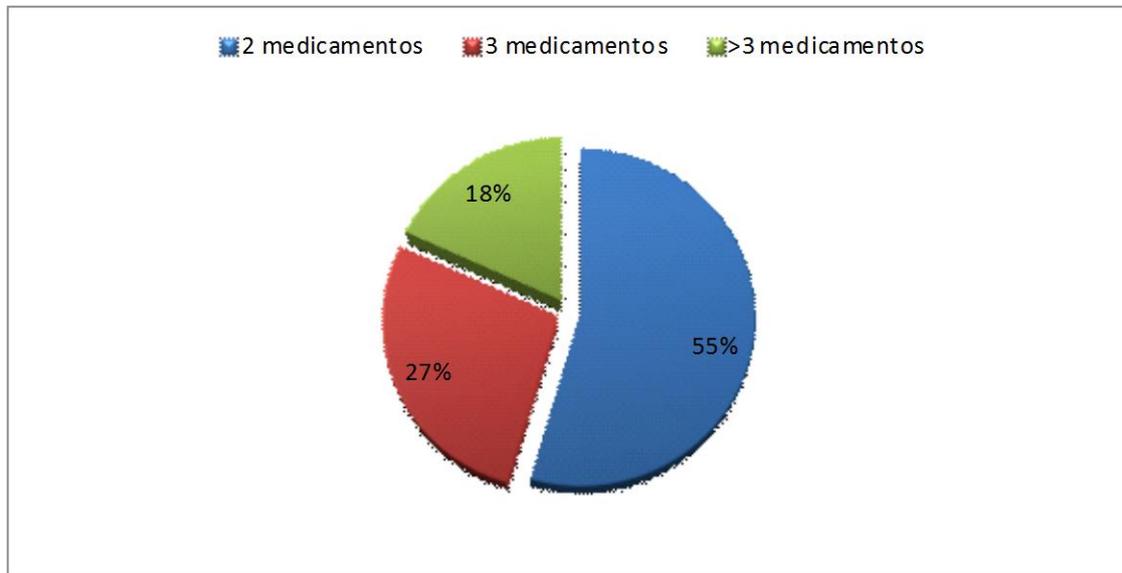
Gráfico 8 - Distribuição do tratamento medicamentoso pelos pacientes com HAS, ESF 02, da UBS Martinho Passos, 2013.



Fonte (DATA SUS -2013)

No que diz respeito ao quantitativo de associações medicamentosas feitas, no gráfico 9 apresenta esses dados.

Gráfico 9 - Número de associações medicamentosas feitas pelos pacientes com HAS da ESF 02, da UBS Martinho Passos, 2013

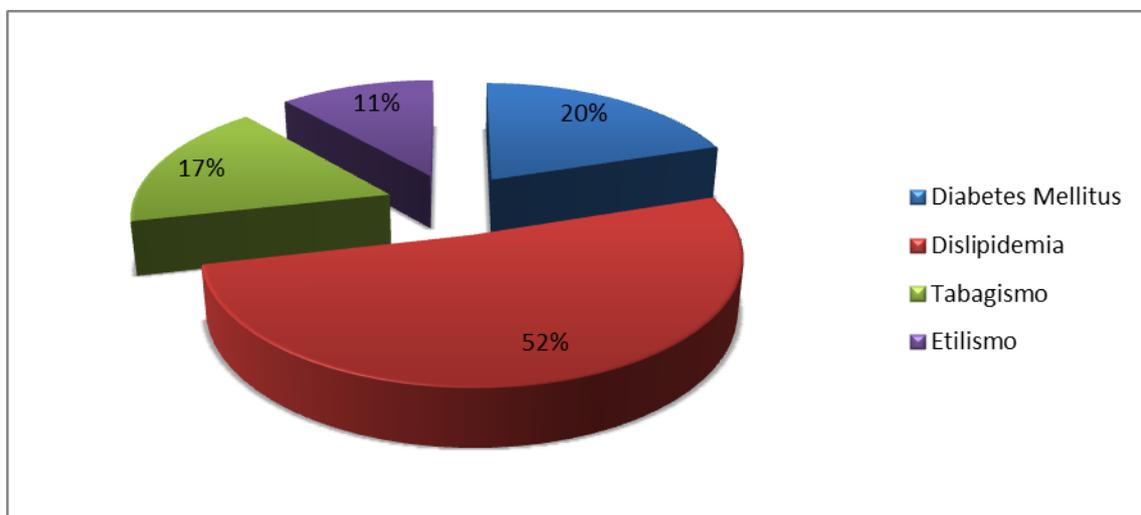


Fonte (DATA SUS -2013)

Apreende-se que 55% dos pacientes associam dois medicamentos e 18% mais de três medicamentos o que se configura como dado preocupante quando se pensa nos efeitos colaterais e nos horários de tomada desses medicamentos.

Dentre os pacientes avaliados 59% (20 pacientes) apresentam doenças associadas (gráfico 10), sendo que a mais frequente destas foi dislipidemia (52%), seguida por diabetes, tabagismo e etilismo.

Gráfico 10 - Prevalência dos fatores de risco associados dos pacientes com HAS da ESF 02, da UBS Martinho Passos, 2013



Fonte (DATA SUS -2013)

Tecendo uma breve discussão no que tange aos dados apresentados nos gráficos, pode-se observar que a maioria dos pacientes é do sexo feminino (65%), e a média global de 53,2 anos. De acordo com a VI Diretriz Brasileira de hipertensão (2010), as mulheres, no período pós menopausa, são consideradas de maior risco do que os homens, pois não tem mais os efeitos protetores do estrógeno na prevenção da HAS.

O levantamento realizado evidenciou, da mesma forma como ilustrado nas diversas referências bibliográficas, que a maioria dos pacientes com HAS tem mais de 60 anos de idade. Ou seja, a idade é um fator de risco não modificável, conhecido e importante que influencia diretamente a prevalência.

Da amostra estudada 41,76% foram diagnosticadas com HAS há mais de 10 anos e 17,4% não sabem informar a quanto tempo são portadores dessa comorbidade. Isso corrobora os dados da literatura de que a HAS é doença de curso clínico silencioso, onde a maioria dos pacientes é portador de HAS de longa data.

Neste estudo, somente 41% dos pacientes mantêm dieta equilibrada e 29% dos pacientes praticam atividade física, o que evidencia que o tratamento não medicamentoso é extremamente insatisfatório, o que reflete a baixa adesão ao tratamento por parte dos pacientes, sendo potencial influenciador do prognóstico.

A prática regular de atividade física (5 vezes por semana, realizando atividades aeróbicas de moderada intensidade de 30 a 50 minutos), é considerada como terapia de primeira escolha nos pacientes portadores de HAS.

O diagnóstico feito na nossa UBS convocou a equipe da ESF à busca de ações que possam minimizar esse quadro e os pacientes com HAS possam receber um cuidado mais individualizado, integral e de acordo com suas necessidades, gerando, por conseguinte, melhor qualidade de vida para eles.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um plano de intervenção com o intuito de estabelecer medidas locais de prevenção e controle da hipertensão arterial pela equipe da estratégia de saúde da família 02, da UBS Martinho Passos, do município de Senhora dos Remédios.

3.2 Específicos

Avaliar o perfil epidemiológico e controle pressórico dos pacientes com hipertensão arterial pela equipe da estratégia de saúde da família 02, da UBS Martinho Passos.

Examinar os pacientes selecionados, buscando orientá-los em relação ao risco cardiovascular, importância do tratamento medicamentoso e não medicamentoso e otimizar o tratamento desses pacientes, quando for julgado necessário.

4 METODOLOGIA

Fez-se pesquisa bibliográfica com vistas à fundamentação teórica deste estudo e do Plano de intervenção aqui proposto. Os artigos identificados foram pesquisados em bases indexadas no PubMed, e na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram também levantados materiais em outros compêndios de literatura clássica.

A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir dos descritores:

- Atenção Primária à Saúde.
- Hipertensão.
- Educação em Saúde.

Ressalta-se que os artigos utilizados neste estudo tomaram por base os objetivos do trabalho e foram devidamente referenciados durante as citações e referências utilizadas para a construção deste texto.

5 BASES CONCEITUAIS

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmHg). Normalmente, associa-se às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (DBH VI, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p.13), o limite escolhido para a definição de HA *“é o de igual ou maior de 140mmHg, quando encontrada em pelo menos duas aferições, realizadas em momentos diferentes”*

Assim, a HA é conceituada como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e uma diastólica maior ou igual a 90mmHg, em pessoas que não estão em tratamento medicamentoso para hipertensão.

Ainda com base na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), sabe-se que o modelo proposto para classificação dos pacientes com HAS, segundo o nível pressórico, possui sua maior aplicação para aqueles pacientes sem tratamento específico por ocasião do diagnóstico. De maneira oportuna, neste estudo, utilizou-se esta ferramenta para discriminar os pacientes em tratamento como forma de estabelecer base comparativa para a eficácia do tratamento anti-hipertensivo dos pacientes.

Destaca-se que em fevereiro de 2000, a Secretaria de Políticas da Saúde (SPS) deu início à elaboração do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus com o intuito de intensificar ações voltadas à prevenção primária, ou seja, reduzir e controlar os fatores de risco a partir de diagnóstico precoce e tratamento de portadores dessas doenças na rede básica de saúde (BRASIL, 2001).

A implementação desse Plano de Reorganização da Atenção à HS e DM é um desafio para o Sistema Único de Saúde e exige dos profissionais de saúde a atualização constante de seus conhecimentos. Ressalva-se, ainda, que além de novos fármacos disponibilizados no mercado, novas discussões acerca dos limites da aferição e determinação da hipertensão encontram-se no cotidiano dos profissionais de saúde e estudiosos da temática. É um grande problema de saúde pública.

A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010). Nesse sentido, Schmidt *et al.* (2011) relatam que mesmo apresentando uma redução significativa nos últimos anos, as DCVs têm sido a principal causa de morte no Brasil. Destacam que no período compreendido entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente, mas a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), nos serviços de atenção básica, um dos problemas de saúde mais comuns enfrentados pelas equipes de saúde é a HAS e a existência de dificuldades na realização do diagnóstico precoce, do tratamento e do controle dos níveis pressóricos dos usuários.

5.1 Doenças associadas/ fatores de risco

Os diversos estudos lidos e analisados apontam que há doenças associadas à HAS que elevam o risco de ocorrências de eventos cardiovasculares. Dentre os fatores assinalados, a dislipidemia foi a mais comumente observada, seguida de diabetes, tabagismo e etilismo.

A prevalência de dislipidemia na população da UBS Martinho Passos avaliada foi de 53%, correspondendo a 18 pacientes. Destes 15 (83%) fazem uso de sinvastatina e apenas 17% fazem o controle de forma não medicamentosa isoladamente.

A elevada prevalência de dislipidemia encontrada corrobora a assertiva de que o controle de HAS, bem como do risco cardiovascular, a partir da adoção de hábitos

de vida saudáveis é precário nesta, uma vez que estas medidas tendem a influenciar positivamente todos os componentes da síndrome metabólica (PAIVA; BERSUSA e ESCUDER, 2006).

Quanto ao diabetes, neste estudo, a sua prevalência, dentre os pacientes hipertensos, foi de 20% na UBS Martinho Passos. Os pacientes diagnosticados com diabetes mellitus, todos fazem controle medicamentoso, sendo que 50% destes em uso de insulina e 50% em uso de antidiabéticos orais.

Sabe-se que o diabetes mellitus é comorbidade que exerce grande impacto sobre os eventos cardiovasculares e níveis glicêmicos elevados cronicamente promovem o processo conhecido como aterosclerose acelerada. Portanto, é fundamental que nesta unidade, o acompanhamento dos pacientes com HAS envolva também a mensuração dos níveis glicêmicos de maneira regular e periódica, a fim de se influenciar positivamente os desfechos cardiovasculares (PAIVA; BERSUSA e ESCUDER, 2006).

No que diz respeito à lesão de órgãos alvo, 38% dos pacientes hipertensos apresentaram alguma lesão de órgão alvo previamente diagnosticado, como lesão renal (20%), cardiovascular (60%) e oftalmológica (20%) (PAIVA; BERSUSA e ESCUDER, 2006).

Estes dados são considerados importantes, uma vez que a maioria dos pacientes já está sofrendo efeito das alterações vasculares que, de acordo com a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010), tenderiam a ocorrer, no caso das mulheres, após os 50 anos de idade, considerado o período em que ela apresenta maior risco cardiovascular decorrente das alterações hormonais características do período.

Além disso, as lesões de órgão alvo tendem a gerar expressão clínica após longo período assintomático de doença, o que sugere que os pacientes podem ter desenvolvido a doença em idades precoces ou que passaram grande período com doença livre de tratamento.

5.2 Terapia medicamentosa e associação de medicamentos

Aproximadamente 90% dos pacientes utilizam medicamentos para o controle pressórico e destes 73% utilizam associação de medicamentos, o que ressalta a natureza etiológica multifatorial da doença, considerando-se os distúrbios endócrino-vasculares subjacentes (PAIVA; BERSUSA e ESCUDER, 2006).

É conhecido que o tratamento não medicamentoso, com foco na melhora dos hábitos de vida, como cessar tabagismo e etilismo, praticar atividade física regular e dieta equilibrada, deve ser visto como fundamental para o sucesso terapêutico. Sendo que para muitos pacientes pode se tornar desnecessário o uso de medicamentos a partir da adoção destas medidas.

O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida (BRASIL, 2013).

Os pacientes que fazem tratamento não medicamentoso de modo isolado (11,77%), foram inicialmente classificados como hipertensos grau I e II e que apresentam baixo risco cardiovascular. Tal abordagem pode ser realizada, sendo preconizado nova avaliação em até 6 meses, o que muitas vezes é uma dificuldade na ESF, devido agenda sempre cheia, e necessidade de se atender a demanda livre de pacientes ESCOREL *et al.*, 2007).

Caso o controle pressórico seja satisfatório, esta pode ser a única medida a ser tomada para o controle da PA, entretanto, se essa medida for insatisfatória segue-se para associação medicamentosa.

O tratamento medicamentoso lança mão de diversas classes de fármacos que são indicados levando-se em consideração a necessidade de cada pessoa, a avaliação da presença de comorbidades, a ocorrência de lesão em órgãos-alvo, a história familiar, a idade e gravidez. O tratamento da HAS demanda a agregação de dois ou mais anti-hipertensivos (BRASIL, 2010)

Dentre as classes de medicamentos utilizados, os diuréticos tiazídicos foram uma das menos utilizadas (14%), à frente apenas dos diuréticos poupadores de potássio. Isto pode sugerir a tendência da prática clínica em se evitar os tiazídicos em pacientes com elevada prevalência de comorbidades como diabetes e dislipidemias,

haja vista que estes medicamentos, sabidamente, possuem o potencial efeito adverso de influenciar negativamente o perfil glicêmico e os níveis séricos de ácido úrico (BELO HORIZONTE, 2011).

O médico e a enfermeira farão o seguimento das pessoas com hipertensão, solicitando o apoio de outros profissionais de saúde de acordo com as necessidades de cada caso e recursos disponíveis. *“Uma vez controlados os níveis pressóricos, deveremos acompanhar o paciente conforme suas necessidades individuais e o seu risco cardiovascular”*. Sugere-se que as consultas sejam mensais, até atingir o nível pressórico desejado (BRASIL, 2013, p.74).

Conforme orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), as consultas médicas e de enfermagem com o objetivo de acompanhar os pacientes que conseguiram controlar a pressão arterial deverão ser preferencialmente intercaladas. Deve-se atentar para que o período do acompanhamento seja de acordo com o risco cardiovascular e as necessidades individuais, considerando-se as diretrizes locais.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção se justifica pelo fato de que, partindo-se do problema identificado, seja factível a implementação de medidas locais, de baixo custo, pouca complexidade e fácil manutenção, que podem resultar na melhoria para assistência da saúde local, e engloba diversos fatores, sendo que para cada um foi realizado um sub plano, e cada subitem tem suas limitações individuais, a seguir:

6.1 Combate ao tabagismo:

Plano de ação

Implementação de grupo operacional: realizar palestras/discussões de orientação e conscientização e tratamento para pacientes já dependentes do tabaco, na tentativa, de cessar o tabagismo dos mesmos ou pelo menos diminuir, em primeiro momento, o quantitativo de cigarros fumados /dia.

Programa saúde na praça – Projeto mais vida: envolve otimização no funcionamento dos grupos de idosos, e criação de grupos de atividades físicas.

Programa saúde na escola: envolve a prevenção da adesão ao tabagismo, com criação de trabalhos comunitários e palestras educacionais nas escolas.

Recursos necessários:

Materiais gráficos, veículo para transporte dos profissionais, contratação de educador físico, disponibilização de tempo livre na agenda para atuação fora do ambiente de saúde, financiamento do projeto.

6.2 Controle dos fatores de risco

6.2.1 Obesidade:

Para agir nesse aspecto, temos algumas dificuldades socioculturais:

- Numerosos pacientes em sobrepeso e obesidade.
- 100% deles já estão cientes do problema, já foram orientados, já iniciaram dieta, e não temos tido sucesso.

Plano de ação:

- 1- Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com vistas à otimização do acompanhamento e melhoria no referenciamento multiprofissional.
- 2- Desenvolvimento de cardápio e dieta a serem seguidos para os pacientes.

Para implementação desta ação, tenho me deparado com algumas dificuldades e as principais delas envolvem: a realidade socioeconômica desfavorecida das populações, com conseqüente dificuldade de manutenção das dietas propostas.

Dentre os aspectos culturais, também encontro alguns empecilhos. Dentre eles, o consumo excessivo de gorduras, uso diário de banha de porco para preparação de alimentos, e criação domiciliar de animais de abate e consumo, e principalmente o fato de que a população idosa não acredita na dieta como tratamento médico.

Portanto, serão realizados grupos educativos na unidade de saúde para discussão e conscientização sobre a importância de alimentação saudável.

Recursos necessários:

Materiais gráficos, veículo para transporte dos profissionais, contratação de profissionais para o NASF, disponibilização de tempo livre na agenda para atuação fora do ambiente de saúde, financiamento do projeto.

6.2.2 Sedentarismo:

Visando combater tal problema, o plano de ação foi bem estabelecido, assim como já citado anteriormente, envolve o projeto saúde na praça, otimização do grupo de idosos.

Sugere-se a contratação de um educador físico, e um fisioterapeuta, junto ao NASF

Recursos necessários:

Financiamento do projeto e contratação dos profissionais a partir de envolvimento dos gestores municipais

6.2.3 Otimização do tratamento Clínico

1-Envolve diretamente a implementação do Protocolo de Manchester: objetiva a diminuição do fluxo na UBS e, conseqüentemente, mais tempo para a implementação e operação dos grupos locais, e atuação fora do ambiente da UBS.

2- Criação de Grupo de HAS, por localidades (distritos) – minigrupos por localidade.

3- Diminuição dos atendimentos de demanda livre.

4- Elaboração e distribuição de material gráfico para conscientização da população.

Recursos necessários:

Materiais gráficos, capacitação dos profissionais, alteração funcional e organizacional dos horários de atendimento, criação dos novos protocolos, e pactuação e aceitação das mudanças por todos os profissionais e pelos gestores.

6.3 Resultados esperados

O principal resultado esperado do projeto de intervenção é a implementação das medidas propostas, e melhoria nos indicadores de saúde locais, bem como melhoria da assistência da população.

Os resultados específicos de cada intervenção proposta visam à conscientização de jovens e adultos quanto aos malefícios do tabagismo, com redução da adesão ao mesmo. Com a implementação dos grupos, espera-se, também, controle das morbidades dos pacientes dos tabagistas, assim como tratamento e abandono do vício dos mesmos.

Um resultado importante, seria conseguir a implementação do NASF, com contratação de equipe multiprofissional adequada, composta por educador físico, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, e terapeuta ocupacional, para que de maneira conjunta as ações sejam realizadas, diminuindo assim a sobrecarga na figura do médico, e conseqüentemente consiga melhorar indicadores como depressão, sedentarismo, obesidade, doenças cardiovasculares, entre outros.

Outro resultado esperado envolve a aceitação por parte dos gestores de tal programa, visando o financiamento e viabilidade do mesmo, uma vez que sem os recursos, nada poderá ser implantado.

Acredito enfim que este estudo foi importante, por ser o primeiro realizado nesta unidade, que procurou mensurar de forma objetiva a prevalência dos aspectos biológicos, comportamentais e não modificáveis influenciadores de HAS e como resultado servirá de substrato para futuras investigações, e novas intervenções factíveis, de baixo custo, com fácil implementação, que pode ser mantido longitudinalmente, e em longo prazo surtir efeito positivo para melhoria de saúde e qualidade de vida da população assistida.

7 CONCLUSÃO

Considerando-se os aspectos observados à análise final deste trabalho conclui-se que proporção significativa dos pacientes com HAS não praticam atividade física regular e não realizam dieta equilibrada. Tais achados foram considerados como um dos grandes pilares para a falha terapêutica dos pacientes hipertensos na UBS.

Este estudo mostrou a proporção extremamente significativa de pacientes que não realizam dieta e que são sedentários. Sabendo da importância destes dois fatores comportamentais no controle adequado da HAS e prevenção de comorbidades cardiovasculares, propus um plano de intervenção, envolvendo a criação de equipe multiprofissional com educador físico, nutricionista, psicólogo, para otimização do acompanhamento longitudinal de todos os pacientes hipertensos. Proponho, ainda, criação de grupos de caminhada, minigrupos de hipertensão por localidade de atendimento, e redução na carga horária de atendimento de demanda livre.

Outro ponto importante foi que o tabagismo e etilismo representaram 28% dos fatores de risco modificáveis avaliados, ou seja, a erradicação e tratamento de tais vícios devem ser considerados pilares das medidas de enfrentamento da HAS; no município de Senhora dos Remédios, temos tido boa eficácia e adesão aos Alcoólicos Anônimos – AA, e já existe implementado o funcionamento de grupo de tabagistas na UBS, esperando-se minimizar, de maneira importante, as complicações devido tais morbidades.

Este estudo foi importante por ter sido o primeiro realizado nesta unidade, que procurou mensurar de forma objetiva a prevalência dos aspectos biológicos, comportamentais e não modificáveis influenciadores de HAS e servirá de substrato para futuras investigações, devido ao curto prazo de trabalho, acredito que quantitativamente os dados são de menor expressão. No entanto, creio que de maneira qualitativa, foi feita uma análise também de materiais científicos já publicados que resultou em projeto de intervenção factível, de baixo custo, com fácil implementação, que pode ser mantido longitudinalmente, e em longo prazo, surtir efeito positivo para melhoria de saúde e qualidade de vida da população assistida.

Entre o projeto de intervenção apresentado à secretária de saúde, e o fim deste trabalho, decorreram-se apenas oito semanas, no entanto, apesar de curto prazo, já

foi possível perceber mudanças efetivas, propostas por este trabalho, que já estão resultando *feedback* positivo para população.

Registra-se que foi implantado o NASF, onde passamos a contar com dois educadores físicos, uma fisioterapeuta, uma psicóloga, uma nutricionista, o que facilitou muito o referenciamento para tais demandas, e otimização do tratamento multiprofissional.

Foram implementadas atividades físicas, semanais, no grupo mais vida, e parceria com o clube da cidade onde passou a ser desenvolvida hidroginástica duas vezes na semana.

Foram criados minigrupos por localidade de atendimento, o que facilita a locomoção e acesso dos pacientes da zona rural aos grupos, e como consequência aumentou a frequência dos mesmos.

Ainda como resultado, conseguimos a diminuição de um horário de atendimento na demanda, o que resultou mais tempo livre na agenda para otimização dos pacientes em abandono de tratamento, e mais tempo para visitas domiciliares de pacientes acamados, até então com controle mínimo ou inexistente.

Espero que tais intervenções possam perpetuar e em longo prazo, reflita melhoria nos indicadores locais de saúde.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco Cardiovascular**. Belo Horizonte, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de **Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos**. Formulário Terapêutico Nacional 2010: Rename 2010. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de **Gestão Estratégica e Participativa**. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BARROSO, S.G.; ABREU, V.G.; FRANCISCHETTI, E. A. A participação do tecido adiposo visceral na gênese da hipertensão e doença cardiovascular aterogênica. Um conceito emergente. **Arq. Bras. Cardiol.** v.78, p. 618 -630, 2002.

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

CARVALHO, B.G.; SOUZA, R.K.T.; SOARES, D.A.; YAGI, M.C.N. Diseases of the circulatory system before and after the Family Health Program, Londrina, Paraná. **Arq Bras Cardiol.** v.93, n.6, p. 597-601, 2009.

CARVALHO, R. A. G. T.; OLIVEIRA, T. M.; MADEIRA, M.; MARTINS, R.M.; VILLELA, P. B. Hipertensão Arterial Sistêmica como causa de insuficiência renal crônica. **Acta Scientiae Medica.** v.4, (Supl.1), p. 60-72, 2011

SCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; SENNA, M.C.M. The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil. **Revista Panamericana de Saúde Pública.** v. 21, n. 2-3, Feb./Mar, 2007.

FERREIRA FILHO, C. Systemic arterial hypertension. **Rev Bras Med.** v.66, n. 10, p. 317-24, 2009

PAIVA, D.C.P.; BERSUSA, A.A.S.; ESCUDER, M.M.L. Healthcare assessment for patients with diabetes and/or hypertension under the Family Health Program in Francisco Morato, São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 22, n. 2, fev, 2006.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia **Rev Bras Hipertens.** v.17, n.1, p. 4, , 2010.