

Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PARA O
ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

2ª Revisão

Outubro / 2017

Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PARA O ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS

2ª Revisão

Elaborado por:

- André Luis Ramos Leal (Enfermeiro, Especialista em Saúde da Família, Mestrando em Saúde, Sociedade e Ambiente pela UFVJM)
- Aline Ribeiro Nepomuceno Mota (Enfermeira, Residente em Saúde da Família)
- Carolina dos Reis Alves (Enfermeira, Residente em Saúde da Família, Doutora em Ciências da Saúde)
- Claudio Luis de Souza Santos (Enfermeiro, Especialista em Saúde da Família)
- Rafael Fernandes Gomes (Enfermeiro, Especialista em Gestão e Auditoria em Saúde).
- Izabella Cristina Bicalho Leão (Enfermeira, Residente em Saúde da Família)
- Valeria Gonçalves de Araújo (Enfermeira)

Outubro/ 2017

Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PARA O ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS

2ª Revisão

Revisado Por:

- André Luis Ramos Leal (Enfermeiro, Especialista em Saúde da Família, Mestrando em Saúde, Sociedade e Ambiente pela UFVJM)
- Carolina dos Reis Alves (Enfermeira, Residente em Saúde da Família, Doutora em Ciências da Saúde)
- Claudio Luis de Souza Santos (Enfermeiro, Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família)
- Gleiciane Ferreira Silva (Enfermeira, Especialista em Saúde da Família)
- Michelly Silva Santos Mourão (Enfermeira, Residente em Saúde da Família)

Outubro / 2017

FICHA TÉCNICA

PREFEITO MUNICIPAL

Humberto Guimarães Souto

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Dulce Pimenta Gonçalves

ASSESSOR EXECUTIVO

José Mendes da Silva

OUVIDORA DA SAÚDE

Luciene Mussi França Nunes

DIRETORA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA

Shirley Ferreira de Sousa

DIRETOR DE ATENÇÃO À SAÚDE

Bruno Pinheiro de Carvalho

DIRETOR DE VIGILANCIA EM SAÚDE

Aloizio Pereira da Cunha

COORDENADORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Daniella Cristina Martins Dias Veloso

Outubro / 2017

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICO

Figura 1 –Localização de Montes Claros no estado de Minas Gerais.....	21
Figura 2. Fluxograma de Busca Ativa na Atenção Primária.....	53
Figura 3. Fluxograma de rastreamento e classificação de HAS.....	54
Figura 4. Abordagem Frente ao Tabagismo.....	57
Figura 5. Protocolo de Conselhos específicos para cada fase de abordagem a Cessação do Tabagismo.....	58
Figura 6 – Abordagem frente à avaliação da Atividade Física.....	59
Figura 7- Abordagem frente à avaliação da Alimentação.....	59
Figura 8 - Protocolo de Conselhos específicos para cada fase de abordagem a mudanças alimentares.....	60
Figura 9- Evidencias de lesão em órgãos-alvo em hipertensos.....	72
Figura 10- Estratos e critérios para estratificação da Hipertensão Arterial segundo a SES.....	73
Figura 11- Escore de Framingham revisado para homens.....	75
Figura 12- Estimativa de risco cardiovascular para homens.....	76
Figura 13- Escore de Framingham para mulheres.....	77
Figura 14- Estimativa de risco cardiovascular para mulheres.....	78
Figura 15- Classificação de risco global.....	81

LISTA DE TABELAS E FLUXOGRAMA

Tabela 1 - Distribuição da população por sexo e local em Montes Claros em 2010..	22
Tabela 2 – Municípios da Microrregião Montes Claros e Bocaiúva	24
Tabela 3 – Rede física (SUS) de Montes Claros	23
Tabela 4 - Procedimentos recomendados para a medida da pressão arterial..	50
Tabela 5 – Dimensões da bolsa de borracha (manguito) para diferentes circunferências de braço em crianças e adultos.....	51
Tabela 6 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório em maiores de 18 anos.....	52
Tabela 7 - Classificação da pressão arterial para crianças e adolescentes e sugestões de conduta, segundo a sua classificação.....	52
Tabela 8 - Estratificação de risco de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica para a organização da rede de atenção.....	79
Fluxograma 1 –Fluxograma de Atendimento.....	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Lista de exames complementares e periodicidade.....	67
Quadro 2 - Achados do exame clínico e anamnese indicativos de risco para DCV.....	71
Quadro 3 - Seguimento conforme risco.....	81
Quadro 4 - Medicações com autorização para renovação pelo enfermeiro em clientes compensados e após prescrição médica.....	84

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
2. CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO	12
2.1- ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DESAÚDE	15
2.2 SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	17
3. JUSTIFICATIVA.....	28
4. ASPECTOS LEGAIS.....	29
5 OBJETIVOS.....	43
6 METODOLOGIA	47
7 DESENVOLVIMENTO	52
7.1 RASTREAMENTO E PREVENÇÃO PRIMÁRIA.....	52
7.1.2 CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE HIPERTENSO.....	61
7.1.3 EXAMES COMPLEMENTARES PARA ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	65
7.1.4 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO.....	68
7.1.5 SEGUIMENTO.....	81
7.1.6 TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO.....	82
7.1.7 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	84
7.1.8.URGENCIA/EMERGENCIA HIPERTENSIVA/PSEUDOCRISE	87
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	89

RESUMO

O cuidado à saúde faz parte do fazer cotidiano da enfermagem enquanto integrante das equipes da Estratégia Saúde da Família. É imprescindível instrumentalizar a enfermagem que atua nas Unidades Básicas de Saúde municipais para garantir uma assistência de enfermagem em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e livre de ações de imprudência, imperícia e negligência. Daí, fez-se necessária a elaboração deste instrumento que contempla os seguintes objetivos: (1) Nortear o cuidar da enfermagem fornecendo subsídios técnicos para uma assistência de enfermagem de qualidade embasado nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros; (2) Consolidar uma assistência de enfermagem mais resolutiva por meio do alinhamento técnico, aquisição de habilidades e incentivo para a busca permanente da qualidade da atenção à saúde; e (3) Estabelecer orientações para reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde, especialmente o da enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa que utilizou 24 documentos publicados a partir de 2000, disponíveis na editora do Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BDENF (Base de dados Bibliográficos Especializados na Área de Enfermagem do Brasil), SCIELO (Scientific Electronic Library On Line), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde), e documentos publicados nos sites de órgãos públicos municipais, estaduais e nacional. A busca de dados iniciou-se em Janeiro de 2017.

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se apresenta como uma alternativa para mudança do modelo assistencial ao imprimir uma nova concepção do processo de saúde-doença e ter como objetivo principal a reorganização da atenção básica com ênfase nas ações de promoção, prevenção, atenção e reabilitação da saúde. Para tanto, é estabelecido como desafio uma mudança paradigmática, em que o foco do trabalho é transferido da doença para a saúde, que passa a ser compreendida, de forma mais ampla, como qualidade de vida (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A organização da Estratégia Saúde da Família se dá pela constituição de equipes multiprofissionais formadas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que têm como ponto de apoio a unidade de saúde da família. Estas equipes devem ser as referências para o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde e serem responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias que estão localizadas em uma área geográfica delimitada. Essas equipes têm como desafio a atuação nas ações de promoção, prevenção, atenção, reabilitação e manutenção da saúde, visando uma maior resolubilidade, deslocando o objeto de atenção à saúde de um polo individual para o coletivo e criando vínculos e laços de compromisso e de corresponsabilidade (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família é estruturada com base no fortalecimento da atenção à saúde com ênfase na integralidade da assistência centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenção que vai além das práticas curativas, tendo como foco principal a prevenção das doenças, reconhecendo o contexto familiar como o espaço privilegiado para as ações de saúde, com atenção, no decorrer do tempo, às pessoas e não às doenças, organizando, coordenando e racionalizando o uso adequado dos recursos, tanto os básicos quanto os especializados, necessários para o enfrentamento de todas as condições apresentadas pela pessoa, família e comunidade, representando assim, o eixo

orientador do trabalho nos demais pontos da rede assistencial, visando à coordenação do cuidado (BRASIL, 2011; ALVES, 2005; MATTEI, TAGLIART, MORETTO, 2005; STARFIELD, 2002).

A organização do sistema de saúde baseado na atenção básica com a prestação de serviços de qualidade influencia diretamente no perfil de morbimortalidade da população, resultando na redução do número de recém-nascidos com baixo peso, melhor controle das doenças crônicas, diminuição da mortalidade infantil e da menor perda de anos de vida por qualquer causa, elevando, assim, a expectativa de vida e demonstrando o grande impacto positivo advindo da garantia do acesso, da qualidade da gestão e das práticas das equipes da Estratégia Saúde da Família. Nesse aspecto, a qualidade em saúde pode ser compreendida como o grau no qual os serviços de saúde atingem os resultados desejáveis por meio do atendimento das necessidades e expectativas da clientela, com aumento do padrão de satisfação dos usuários que é consistente com o conhecimento profissional e o intuito de aumento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde (BRASIL, 2011; ALVES, 2005; BRASIL, 2008; MATTEI, TAGLIART, MORETTO, 2005; STARFIELD, 2002).

A Estratégia de Saúde da Família trabalha dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. A função da Equipe de Saúde é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando, integralmente, a saúde da criança, do adulto, da mulher, do idoso, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade. Porém, a ESF faz parte da rede distrital de saúde. Não é um serviço paralelo, separado do restante. Pelo contrário, ele integra o sistema de saúde local (BRASIL, 2011).

Este protocolo assistencial normatiza as ações dos profissionais inseridos nas unidades de saúde, no nível primário e secundário, com a finalidade de proporcionar, aos profissionais Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, um instrumento de consulta para aprimoramento contínuo, por meio da orientação de fluxos e atualização de condutas em Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial, garantindo uma assistência de enfermagem integral, holística e qualificada, e zelando pela segurança das pessoas com hipertensão arterial assistidas.

Este capítulo do protocolo aborda o cuidado às pessoas com hipertensão arterial com orientações referentes às ações que visam à melhoria da qualidade de vida do público feminino.

Os procedimentos são apresentados de forma detalhada, de maneira a facilitar a compreensão do leitor, em consonância com referências bibliográficas do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde e de outras fontes de relevância nacional.

Apresentamos a segunda revisão do Protocolo da Assistência à Saúde da rede municipal de Montes Claros – Atenção Básica Janeiro/2006, por meio de um trabalho conjunto dos enfermeiros das equipes da ESF e das coordenações técnicas municipais, e tem como proposta instrumentalizar o enfermeiro da rede assistencial no desenvolvimento de ações promocionais, preventivas e assistenciais na atenção primária do município de Montes Claros, de forma interdisciplinar e fundamentada no trabalho em equipe.

2. CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO

O município de Montes Claros fundada em 3 de julho de 1857 possui uma área equivalente a 3.582 km², em que 38,70 km² estão em perímetro urbano e os 3.543,33 km² restantes representa a área rural (MONTES CLAROS, 2017).

Montes Claros pertence à unidade federativa de Minas Gerais, mesorregião Norte de Minas que abrange oitenta e nove municípios distribuídos em sete microrregiões: Montes Claros, Pirapora, Bocaiuva, Januária, Salinas, Janaúba e Grão Mogol descrita na Figura 1. Possui como limites intermunicipais as cidades: São João da Ponte (ao norte), Capitão Enéas (nordeste), Francisco Sá (leste), Juramento e Glaucilândia (sudeste), Bocaiúva (sul), Claro dos Poções (sudoeste), São João da Lagoa e Coração (oeste) de Jesus, Mirabela e Patis (noroeste) (MONTES CLAROS, 2017).

A microrregião de Montes Claros compreende vinte e dois municípios: Brasília de Minas, Campo Azul, Capitão Enéas, Claro dos Poções, Coração de Jesus, Francisco Sá, Glaucilândia, Ibiracatu, Japonvar, Juramento, Lontra, Luislândia, Mirabela, Montes Claros, Patis, Ponto Chique, São João da Lagoa, São João da Ponte, São João do Pacuí, Ubaí, Varzelândia e Verdelândia. (MONTES CLAROS, 2017).

Montes Claros situa-se na bacia do alto médio São Francisco, nos vales do rio Verde Grande, Pacuí e São Lamberto ao Norte do Estado de Minas Gerais, estando integrada na área do Polígono da Seca, região Mineira do Nordeste. Possui altitude de 678 metros e Clima tropical, a média de chuva anual é de 1074 mm³ e sua temperatura média anual é de 24,2 °C, variando de 16,3 a 29,4 °C (MONTES CLAROS, 2017).

O município está ligado a BR 135 - Bocaiúva/Januária, BR 365 - Pirapora Uberlândia , BR 251 - Rio/Bahia/Salinas/Coração de Jesus, BR 122 - Janaúba. Além de contar com a BR-135, BR-365, BR-251 e BR-122, sua malha viária municipal é constituída por, aproximadamente, 5.500 km de estradas vicinais, que ligam a sede do município aos distritos e diversas comunidades rurais (MONTES CLAROS, 2017).

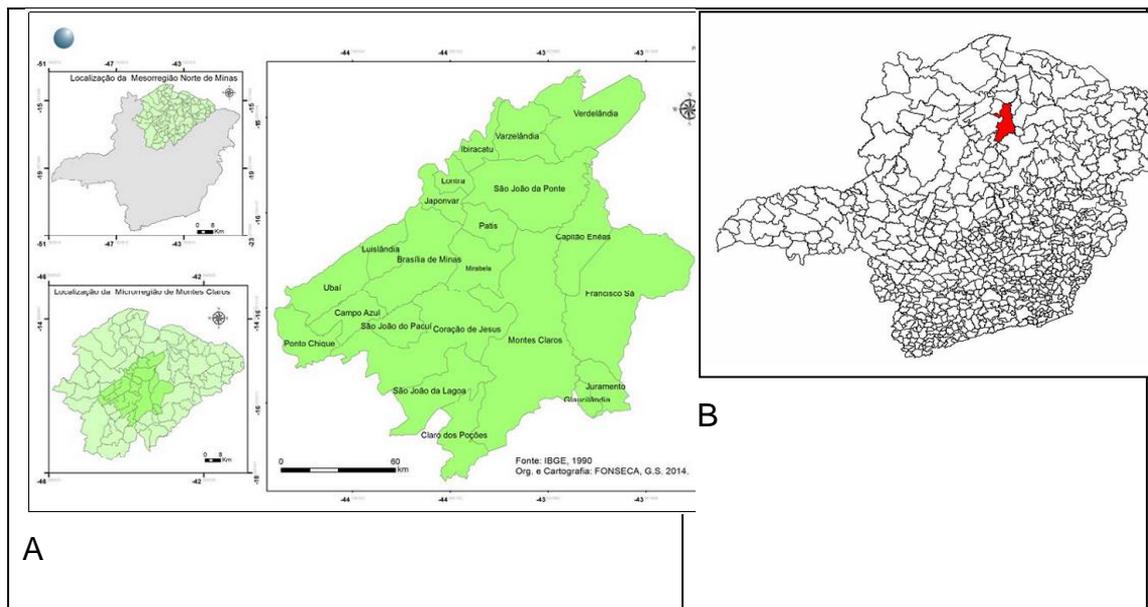


Figura 1: Localização de Montes Claros no estado de Minas Gerais.

Fonte: Google maps

A cidade foi classificada pelo Plano Rodoviário Nacional como o segundo maior entroncamento Rodoviário do País, por causa da facilidade de acesso por rodovias às principais regiões do Brasil. Pelo ar, o Aeroporto oferece voos diários para Belo Horizonte, São Paulo e Salvador. A Ferrovia Centro Atlântica disponibiliza o transporte de cargas para as regiões Sudeste e Nordeste (MONTES CLAROS, 2017).

Aspectos demográficos

A população total do município conforme Censo 2010: 361.915 habitantes e a população estimada em 2017: 402.027 habitantes.

Quadro 1: Distribuição da população por sexo e local em Montes Claros-MG em 2010.

População residente Montes Claros								
Total	Homens	Mulheres	Situação do domicílio e sexo					
			Urbana			Rural		
			Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
361	174	187	344	164	179	17	9 264	8 224
915	249	666	427	985	442	488		

Fonte: IBGE. Censo 2010

A tabela da distribuição das faixas etárias demonstra uma evidente inversão da pirâmide com diminuição da população das faixas etárias menores com sinalização da manutenção e consolidação desta tendência. Isto provavelmente é fruto de políticas de controle de natalidade implementadas nos anos 70/80 do século passado e que foram muito bem absorvidas pela população brasileira (MONTES CLAROS, 2015).

A população de Montes Claros entre os anos de 2000 e 2010 cresceu a uma taxa média anual de 1,66%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Neste período, a taxa de urbanização do município passou de 94,21% para 95,17%. Segundo o censo de 2010, viviam no município 361.915 pessoas e conforme estimativa populacional divulgada pelo IBGE, neste ano de 2017, a cidade de Montes Claros ultrapassou os 400 mil habitantes. O crescimento populacional nos últimos anos é de 1,95%, superando inclusive a taxa nacional que é de 1,57% (MONTES CLAROS, 2017)..

A microrregião de Montes Claros abrange vinte e dois municípios, com exceção de Montes Claros as características socioeconômicas são bem similares. Com base nos dados extraídos do Censo demográfico do IBGE (2010), Montes Claros é espaço de maior atração populacional na microrregião, acredita-se que seja por apresentar melhores oportunidades de trabalho, assistência médica hospitalar e qualificação profissional, enfim, melhores indicadores socioeconômicos em relação aos demais municípios (IBGE, 2017).

No ano de 2002 ocorreu a maior taxa de crescimento populacional (3,02%), representando sua maior marca na última década. A estimativa de que a população chegasse a 400 mil habitantes em 2017 foi alcançada, mas, não se espera que chegue 1.000.000 de habitantes em 2030. No entanto, economistas alertam para a necessidade de Montes Claros se preparar em infraestrutura para receber este crescimento populacional, que é de aproximadamente 4.100 habitantes/ano (FONSECA e FERNANDES, 2014).

Taxa de fecundidade e Esperança de vida ao nascer

No Norte de Minas ocorreu uma queda na taxa de fecundidade, em que as mulheres optam por um número menor de filhos, este fato é observado no cotidiano e nos indicadores, como a Taxa de Fecundidade Total (TFT), que é o número médio de filhos que uma mulher teria ao terminar o período reprodutivo.

Em 1980, no Norte de Minas, tínhamos uma média de 6,21 filhos por mulher, este valor vem caindo e a TFT que em 2000 era de 2,1 filhos, caiu em 2010 para 1,6 filhos.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 4,8 anos na última década, passando de 72,3 anos, em 2000, para 77,1 anos, em 2010. Em 1991, era de 69,4 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil <www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/minas-gerais> Acesso em: Agosto/2017)

Atividades econômicas e de organização social

Atividades econômicas

O IBGE caracteriza como cidade média aquela que possui população entre 100 mil e 500 mil habitantes. Na dinâmica econômica das cidades médias, o tamanho econômico é um indicativo responsável pela existência de infraestrutura necessária ao poder de atração locacional e ao papel de intermediação com outros centros urbanos (CASTELLO BRANCO, 2006). Um das principais características de uma cidade média é o papel de centralidade, exercendo uma força de articulação com outros centros urbanos e a atuação como centro principal de oferta de serviços, comércio, moradia e emprego, entre outros bens para a sua área de influência. Neste sentido, uma cidade média mostra sua relevância no seu contexto regional e até em outros níveis de escalas (FRANÇA, 2011)

Montes Claros é o exemplo clássico de cidade média, possui uma economia diversificada e um comércio vibrante. Desde os primórdios da colonização a Região Norte Mineira vem sendo um Centro de Comercialização, o que lhe tem permitido não só quantificar a produção regional, como também influir na orientação e expansão da região.

Cada vez mais consolidada como “polo do Norte de Minas”, pela sua forte influência sobre as demais cidades que compõem a região, Montes Claros tem atraído variados setores de serviços, como os de saúde, educacional, comercial e de lazer. Sua infraestrutura urbana influencia o dinamismo da cidade ao agregar um espaço de serviços mais moderno e de maior complexidade.

Contudo, semelhante a outras cidades brasileiras, a produção da riqueza material assenta-se num modelo concentrador de renda. Conseqüentemente, a cidade apresenta espaços territoriais que antagonizam o dinamismo econômico e o peso das desigualdades sociais, sendo necessário, avançar em esforço que minimizem as desigualdades econômicas, sociais e políticas (FRANÇA, 2011).

Principais atividades econômicas

As principais atividades econômicas são a indústria (mantimentos, laticínios, infraestrutura, etc), o comércio (bastante diversificado), a agricultura e a pecuária. As indústrias aqui instaladas estão bem consolidadas podendo-se destacar a maior fábrica de Leite Condensado do Mundo (NESTLÉ), uma das três fábricas de insulina da América Latina (NOVONORDISK, antiga BIOBRÁS) e a quinta maior fábrica de cimento do Brasil (LAFARGE, antiga MATSULFUR). A maioria das fábricas está instalada em um dinâmico polo industrial, conhecido como Distrito Industrial de Montes Claros.

A pecuária é um dos maiores e mais importantes polos de desenvolvimento da região, rica em possibilidades e novas alternativas de investimentos, figura-se como um elo com os grandes centros. Neste setor, destaca-se a pecuária de corte e leite seguido pela agricultura com destaque para os produtos: feijão, milho, mandioca, algodão e arroz irrigado, dentre outros.

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 5,60% trabalhavam no setor agropecuário, 0,16% na indústria extrativa, 9,53% na indústria de transformação, 10,35% no setor de construção, 1,03% nos setores de utilidade pública, 20,82% no comércio e 50,88% no setor de serviços.

Esta cidade média é uma das maiores economias mineiras, representando o 9º lugar no ranking municipal de composição do Produto Interno Bruto (PIB) estadual. O PIB *per capita* em 2014 era de R\$ 20.102,68.

Renda per capita

A renda per capita média de Montes Claros cresceu 98,51% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 327,75, em 1991, para R\$ 485,55, em 2000, e para R\$ 640,75, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,67%. A taxa média anual de crescimento foi de 4,46%, entre 1991 e 2000, e 2,97%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 45,71%, em 1991, para 28,76%, em 2000, e para 11,99%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,60, em 1991, para 0,61, em 2000, e para 0,53, em 2010.

População Ativa

Segundo o portal cidades do IBGE, em Montes Claros, entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 69,12% em 2000 para 69,85% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 17,01% em 2000 para 9,50% em 2010. Segundo o censo de 2010, o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 2,2 salários mínimos, haviam 101.744 (25,8 %) pessoas ocupadas e 36,4 % da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo (<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/montes-claros/panorama>).

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

O município é o mais bem colocado da região, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal IDHM de 0,770. A cidade está na faixa considerada de desenvolvimento humano alto, entre 0,700 e 0,799. O índice leva em conta três aspectos, longevidade, acesso ao conhecimento e padrão de vida. Em Montes Claros, os indicadores ficaram em 0,868; 0,744 e 0,707, respectivamente. Os resultados dos três últimos IDHM são baseados em dados de 1991, 2000 e 2010. De acordo com o PNUD, a dimensão que mais cresceu

em termos absolutos, de 2000 a 2010, foi a educação, com crescimento de 0,189, seguida por longevidade e renda.

Fonte: (<http://g1.globo.com/mg/grande-minas/noticia/2013/08/montes-claros-tem-melhor-indice-de-desenvolvimento-do-norte-de-mg.html> e Atlas de Desenvolvimento Humano < http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/montes-claros_mg>)

Grupos sociais organizados

Além dos CRAS, CREAS e Rede Solidária, subordinado à Secretaria Municipal de Políticas Sociais da prefeitura de Montes Claros- MG, no município também existem outras 48 Organizações Não Governamentais (ONGs) com atuação em diversas áreas. (Ongsbrasil. Disponível em:<http://www.ongsbrasil.com.br/default.asp?Pag=37&PageNo=5&ONG=&Estado=&Cidade=montes%20claros&Tipo=&Atividade=>> Acesso em: Agosto/2017.

Educação

A Proporção de crianças e jovens que frequentaram/completaram determinado ciclo escolar indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. Em Montes Claros, segundo dados do IBGE 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 96,94%, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental era de 93,33%, a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 70,94% e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era 58,03%.

Também, em 2010, 89,99% da população de 6 a 17 anos do município estava cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série e a Taxa de Escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 98,4 % .

Em 2015, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) para os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade teve nota média de 6.2 e para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.6. O IDEB foi criado em 2007 e reúne, em um só indicador, os resultados de dois conceitos igualmente

importantes para a qualidade da educação: o fluxo escolar e as médias de desempenho nas avaliações (MONTES CLAROS, 2017).

O número de pessoas de 10 anos ou mais de idade em Montes Claros em 2010 era de 308.936, destes frequentavam a escola 80.181 (25,95%). Dos 80.181 que frequentavam a escola, 37.479 (46,7%) eram do sexo Masculino e 42.702 (53,3%) do sexo feminino.

Na literatura não são encontrados dados recentes sobre a educação, muitos destes dados são provenientes dos censos nacionais e o último ocorreu em 2010. Em uma publicação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), de 2013, a média de escolaridade no Brasil, um dos critérios educacionais que o programa utiliza na elaboração do IDH, foi de 7,2 anos, o menor número entre os países da América do Sul. Este resultado indica a necessidade dos investimentos em educação no Brasil.

Rede de ensino pública e privada

O município conta com diversas escolas:

- Ensino infantil: 104 privadas e 80 municipais;
- Ensino fundamental: 51 estaduais, 58 municipais e 37 privadas;
- Ensino médio: 26 estaduais, 1 municipal e 17 particulares;
- 38 escolas municipais na zona rural.

Atualmente, a cidade de Montes Claros é considerada um pólo universitário, contando com a presença de duas universidades públicas e diversas faculdades privadas que oferecem cursos nas diversas áreas do conhecimento, em níveis técnico, de graduação, pós-graduação Lato Sensu (especialização) e Stricto Sensu (mestrado e doutorado).

Instituições públicas de ensino superior

Universidade Estadual de Montes Claros (UNINONTES) .

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (Núcleo de Ciências Agrárias - NCA) .

Instituições particulares de ensino superior

Faculdades Ibituruna .

Instituto Superior de Educação Ibituruna (ISEIB) .

Faculdades de Saúde Ibituruna (FASI) .

Faculdade Santo Agostinho (FASA) .

Faculdades integradas Pitágoras de Montes Claros (FIP-MOC) .

Faculdade de Ciência e Tecnologia de Montes Claros (FACIT) .

Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE/SOEBRAS) .

Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC) .

Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) .

Universidade de Uberaba (UNIUBE) .

Faculdade de Computação de Montes Claros (FACOMP) .

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) .

2.1 - Organização do Sistema de Saúde

O Sistema municipal de saúde está organizado conforme as diretrizes e princípios do SUS – Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a portaria 399 de fevereiro de 2006 que se refere o ao termo de compromisso entre os gestores no pacto para a saúde (pacto pela vida, pacto de gestão e pacto em defesa pelo SUS) (MONTES CLAROS, 2017).

O Pacto pela Vida contém os seguintes objetivos e metas prioritárias (Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008): Atenção à saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS; Promoção da saúde; Fortalecimento da atenção básica; Saúde do trabalhador; Saúde mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas

com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e Saúde do homem (MONTES CLAROS, 2017).

Região ampliada de saúde

O Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais, organiza a região de saúde em que Montes Claros está inserida territorialmente como sede de polo macro e microrregião, abrangendo 13 microrregiões e 87 municípios. O Município é polo macrorregional por oferecer os serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior nível de complexidade e polariza regiões e/ou microrregiões de saúde. Município de maior densidade populacional da microrregião, com estrutura de equipamentos urbanos e de saúde, de maior densidade tecnológica o que requer escala para cerca de 1.609.862 de habitantes; que exerce força de atração para micros circunvizinhas, polarizando as regiões do norte de Minas Gerais. Os municípios polo macro acumulam também a função de polo micro (MONTES CLAROS, 2017).

Polo de Região de Saúde

Montes Claros é polo microrregional pelo nível de resolubilidade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica, polariza 11 municípios da microrregião, a saber: Bocaiúva, Claro dos Poções, Engenheiro Dolabela, Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Glaucilândia, Guaraciama, Itacambira, Joaquim Felício, Juramento e Olhos d'Água, perfazendo assim uma população de 459.387 (MONTES CLAROS, 2013), como apresenta a tabela a seguir:

TABELA 1 – Municípios da microrregião Montes Claros/Bocaiúva

CODIGO DO MUNICÍPIO	MUNICÍPIO	ESTIMATIVA POPULACIONAL
310730	BOCAIUVA	46.949
311650	CLARO DOS POÇOS	7.743
312380	ENGENHEIRO NAVARRO	7.125
312660	FRANCISCO DUMONT	4.892
312735	GLAUCILÂNDIA	2.977
312825	GUARACIAMA	4.737
313200	ITACAMBIRA	5.021
313640	JOAQUIM FELÍCIO	4.338
313680	JURAMENTO	4.129
314330	MONTES CLAROS	366.134
314545	OLHOS-D'ÁGUA	5.342
TOTAL:		459.387

FONTE: PDR SES-MG 2013

2.2 - Sistema Municipal de Saúde

De acordo com as diretrizes Estaduais, Nacionais e da Organização Mundial da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde trabalha no sentido de reverter um quadro de ações hospitalocêntrico/medicocêntrico para um modelo de saúde técnico assistencial, dando ênfase às ações de promoção e organização da saúde. Por outro lado, a urgência e emergência, em município de Gestão Plena, requer um controle sistemático e cumprimento da grade de referência, o município macro regional desenvolve ações de nível secundário e terciário em um sistema de redes, como Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede Mais Vida, etc. (MONTES CLAROS, 2015).

De forma a atender à população conforme o perfil epidemiológico local e regional, a Agenda de Saúde foi consensuada e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde que segue os seguintes eixos prioritários: **Fortalecimento da Gestão, Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Atenção a Média e Alta Complexidade e Controle Social.**

Com essas diretrizes, foi elaborado o Plano Municipal de Saúde 2014/2017, através de um planejamento estratégico e participativo, devidamente

alinhado com o Plano de Governo Municipal e implementado através de uma proposta política administrativo do Município de Montes Claros, se organizando territorialmente para promover espaços de convivência capazes de potencializar a cultura da solidariedade e cooperação entre governo e sociedade local.

O Sistema municipal de Montes Claros em relação à rede física encontra-se distribuída conforme a tabela 3.

TABELA 2 - REDE FÍSICA (SUS) DE MONTES CLAROS

Serviços De Saúde	Quantidade
Unidades Básicas De Saúde (Área Urbana)	08
Policlínicas (Área Urbana)	02
Hospital Municipal Doutor Alpheu Gonçalves De Quadros	01
Equipes Estratégia Saúde Da Família (Zona Urbana)	121
Equipes Estratégia Saúde Da Família (Zona Rural)	10
Consultório na Rua	01
Unidades De Saúde Mental (CAPs)	02
Centro Oftalmologia Social	01
Centro De Controle De Zoonoses	01
Pontos De Apoio CCZ	08
CTA/IST/Aids	01
Anexo Contendo: Almojarifado E Galpão	01
Saúde Da Mulher	01
NASP (Núcleo de Saúde Pitágoras – Centro de Saúde Vila Oliveira)	01
Centro de Reabilitação e Órteses e Próteses	01
CEO (Centro De Especialidades Odontológicas)	01
Consultórios Odontológicos em ESF	08
Consultórios Odontológicos em Escolas Estaduais e Municipais.	20
Farmácias Populares	02
Laboratório Análise de Água	01

Fonte: SMS/MOC/2017

Rede de Serviços Contratados

HOSPITALAR		
Hospital Universitário Clemente de Faria		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		
Hospital Pronto Socor		
Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho		
LABORATÓRIAL - ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA		
Exame	Santa Clara	Instituto de Patologia do Norte de Minas
Voumard	LAC	Lab. Santa Casa
Prolab	Biominas	Bioanálises Montes Claros
São Geraldo	Biodiagnóstico	Siper Labonorte
Citocenter	Biomontes	Rafha Cordeiro II
Citolab	São Paulo	Laboratório do Hospital Aroldo Tourinho
		Laboratório do Hospital Universitário Clemente de Faria
RADIOLOGIA		
Hospital Universitário Clemente de Faria		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		
FISIOTERAPIA		
Hospital Aroldo Tourinho		
Clínica de Traumatologia E Fisioterapia (São José)		
Clínica de Fisioterapia São Lucas		
Fisiocenter/ Santa Casa		
Ortoclinica Ltda		
Clínica Geraldo Caldos		
SAÚDE AUDITIVA		

Otorrino Físio Center
NEFROLOGIA
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA/ MEDICINA NUCLEAR
Ressonar Imagens Médicas
Núcleo de Medicina Nuclear
ONCOLOGIA
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho

3. JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) nos tempos atuais configura-se como um grande problema de saúde pública, em virtude de sua magnitude com alta de prevalência (22,3% a 43,9%, da população adulta) e baixas taxas de controle e adesão, além de uma elevada carga de morbimortalidade, já que representa o principal fator de risco cardiovascular, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por cerca de 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2014; SÃO PAULO, 2016).

A HAS é uma doença crônica assintomática, doença multifatorial, caracterizada pela elevação dos níveis pressóricos e para sua prevenção e controle é necessário diferentes abordagens multiprofissionais para o enfrentamento da doença e dos fatores de risco, dentre eles podemos citar hábitos alimentares inadequados, obesidade, sedentarismo, tabagismo, uso excessivo de bebidas alcoólicas, estresse.

Considerando que o cuidado ao portador de Hipertensão Arterial faz parte do fazer cotidiano da enfermagem, enquanto integrante das equipes de saúde da família, é imprescindível instrumentalizar os enfermeiros, que atuam nas

Unidades Básicas de Saúde, para garantir uma assistência de enfermagem em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e livre de ações de imprudência, imperícia e negligência, fazendo-se necessária a elaboração deste instrumento, com o objetivo de orientar os profissionais quanto às medidas preventivas e a atenção aos portadores de hipertensão arterial, visando reduzir as complicações da doença, considerada o mais expressivo fator de risco para as moléstias cardiovasculares, gerando grande impacto na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar.

4. ASPECTOS LEGAIS

As ações do Enfermeiro, previstas neste protocolo, estão respaldadas pela Lei de Exercício Profissional nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, pelo Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei 7498/86, pelas Resoluções COFEN nº 159/1993, nº 195/1997 e nº 358/2009 e pela Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (COREN, 2012; BRASIL, 2017).

A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem no Brasil, aponta como pontos relevantes na prática do enfermeiro, como integrante da equipe de saúde da atenção básica: a consulta de enfermagem, em toda a sua complexidade de execução (Art. 11, alínea i), a prescrição da assistência de enfermagem (Art. 11, alínea f), a prescrição de medicamentos, desde que seja normatizada em programas de Saúde Pública e em protocolos de rotina aprovados pela instituição de saúde (Art. 11 alínea c) e a solicitação de exames de rotinas e complementares, conforme a Resolução COFEN nº 195/1997, que estabelece, no Art. 1º, que o Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais (COREN, 2012).

Isto posto, a atuação do Enfermeiro está embasada no seu conhecimento técnico-científico, sendo responsabilidade do profissional toda ação praticada, e, ficando este, sujeito às penalidades de acordo com a lei.

Na Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro é um integrante da equipe de saúde em que todos os profissionais são imprescindíveis no cuidar do ser humano de maneira integral, sendo que devem ser levadas em consideração as habilidades e as capacidades de cada um dos componentes da equipe, em consonância com os preceitos éticos e legais. Ressalta-se também, que a integração entre as várias disciplinas e profissionais é requisito fundamental para o alcance dos objetivos propostos.

Na equipe de saúde existem atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na Atenção Básica segundo a Portaria 2436/ 2017:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).
- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;
- Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de

vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

- Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

- Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

- Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;;

- Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

- Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

- Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;
- Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;
- Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;
- Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;
- Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;
- Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

- Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;
- Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
- Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;
- Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

Enfermeiro

- I.- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;

II.- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V.- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII.- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII.- Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX.- Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

I.- Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de

sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

II.- Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação

e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

III.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Médico:

I.- Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;

II.- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV.- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

V.- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Cirurgião-Dentista:

I.- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II.- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III.- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV.- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI.- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I.- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II.- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV.- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V.- Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VI.- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VII.VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

VIII.- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

IX.- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

X.- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

XI.- Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XII.- Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;

XIII.- Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;

XIV.- Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV.- Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

XVI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XVII.- Processar filme radiográfico;

XVIII.- Selecionar moldeiras;

XIX.- Preparar modelos em gesso;

XX.- Manipular materiais de uso odontológico.

XXI.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I.- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II.- Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

III.- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas

IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VII.-Processar filme radiográfico;

VIII.- Selecionar moldeiras;

IX.- Preparar modelos em gesso;

X.- Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;

XI.- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e

XII.-Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico gerencial.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I.- Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica,

de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II.- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III.- Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV.- Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V.- Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI.- Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII.-Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII.- Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX.- Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X.- Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI.- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII.- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII.- Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV.- Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV.- Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I.- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II.- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III.- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV.- Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V.- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI. Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII.- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII.- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX.- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X.- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Agente Comunitário de Saúde poderá executar em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Vale ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

Atribuições do ACE:

I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;

II.- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;

III. Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

IV.- Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território;

V.- Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e

VI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional

com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

Pessoal Administrativo

- Acolher os usuários e visitantes;
- Prestar informações sobre o funcionamento das Unidades de Saúde;
- Agendar consultas e exames;
- Digitar dados da Unidade de Saúde;
- Organizar os recursos e materiais da Unidade de Saúde;
- Realizar outras atividades designadas pela coordenação da equipe.

Pessoal da Zeladoria e Manutenção

- I. Acolher e informar usuários e visitantes;
- II. Realizar e manter a limpeza e a higiene adequadas do local de trabalho;
- III. Comunicar ao coordenador da unidade a ocorrência de danos ao patrimônio público;
- IV. Realizar o reparo de equipamentos.

5. OBJETIVOS

Este protocolo tem como objetivos:

- Normatizar as ações dos profissionais de enfermagem inseridos nas unidades de saúde fornecendo subsídios técnicos para uma assistência de enfermagem embasada nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros;

- Consolidar uma assistência de enfermagem mais resolutiva por meio do alinhamento técnico, aquisição de habilidades e incentivo para a busca permanente da qualidade da atenção à saúde;
- Estabelecer orientações para reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde, especialmente da enfermagem;
- Intensificar a capacidade de resolução dos problemas de saúde dos portadores de diabetes pela equipe de enfermagem;
- Estruturar as consultas de enfermagem visando aumentar a resolubilidade para evitar a fragmentação da assistência;
- Valorizar o trabalho da equipe de enfermagem por meio da excelência da qualidade prestada;
- Sistematizar ações de educação em saúde para promoção de práticas saudáveis e ações de vigilância à saúde para prevenção e controle de doenças e agravos;
- Viabilizar a integração interdisciplinar por meio do trabalho em equipe;
- Integrar ensino, serviço e comunidade por meio das normas e ações estabelecidas no protocolo.

6. METODOLOGIA

O guia para elaboração de protocolo idealizado pelo COREN/MG (2012) define protocolo como um documento norteador do processo de intervenção que visa descrever, de forma detalhada, as atividades e atribuições dos profissionais, no âmbito da instituição de saúde em que as ações são realizadas em equipe multiprofissional de maneira interdisciplinar. Dessa forma, a elaboração desse protocolo contou com a participação de profissionais de categorias diversas (enfermeiro, médico), uma vez que o fazer em saúde deve visualizar o ser humano de forma holística dentro do seu contexto biopsicossocial. Contudo, torna-se necessário também a colaboração de representantes do gestor Municipal e de membro do Conselho Municipal, já que saúde é direito de todos como resguardado pela Constituição e regulamentado na lei 8080.

Na construção deste protocolo, utilizou-se a metodologia de revisão integrativa, que visa proporcionar a síntese do conhecimento já sistematizado e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos na prática, se constituindo em um método que permite a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, que vêm sendo, cada vez mais, utilizadas na área da saúde, por facilitar o aprofundamento em determinada temática (SOUZA *et al.*, 2010).

A primeira etapa de elaboração do protocolo consistiu em uma reunião do grupo de trabalho na sede da secretaria municipal de saúde de Montes Claros, no dia 23 de Fevereiro de 2017, às 14:00 horas, com a definição e divisão dos temas a serem abordados no documento. A seguir, foi escolhida a metodologia de trabalho que estabeleceu a divisão dos participantes (cada integrante ficou com um tema dentro da Hipertensão Arterial), para a construção preliminar do documento através da busca de publicações pertinentes ao tema. O processo de construção foi viabilizado com a liberação semanal de dois turnos de trabalho dos participantes, sendo que um turno ficou reservado para o encontro da equipe e um outro turno, para a socialização das produções e estabelecimento de condutas.

Este estudo baseou-se na pesquisa de documentos publicados no período de 2010 a 2017, disponíveis na editora do Ministério da Saúde, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na BDENF (Base de dados Bibliográficos Especializados na Área de Enfermagem do Brasil), na SCIELO (Scientific Electronic Library On Line), na LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde), e nos sites de órgãos públicos municipais, estaduais e nacionais. A busca de dados teve início no mês de Fevereiro de 2017.

O total de documentos selecionados foram 24, após utilizados os seguintes critérios de inclusão: a temática das publicações devem abordar a assistência à Hipertensão Arterial; as publicações devem estar escritas em língua portuguesa; os documentos devem ter sido publicados a partir do ano de 2010; e, as publicações devem estar disponíveis de forma completa e gratuita.

Dois documentos foram descartados por não preencherem os seguintes critérios de inclusão: a temática relacionada à assistência ao portador de hipertensão arterial; disponibilidade do documento completo; e publicação a partir do ano de 2010.

Nos dias 23/02 e 03/03 de 2017 foram realizadas reuniões para apresentação dos documentos e discussão sobre os ajustes necessários para a confecção do documento final do protocolo. No dia 04/03/2017, a versão preliminar foi encaminhada aos revisores para apreciação e sugestões.

O protocolo construído foi, então, enviado ao Conselho Municipal de Saúde na data de 03/03/2017, que foi discutido em plenária na reunião ordinária 356/2017 – Trecentésima Quinquagésima Sexta no dia 08/03/2017 as 13:30 que teve como deliberação o agendamento de Reunião extraordinária no dia 15/03/2017 em que ocorreu a aprovação do Protocolo Assistencial de Enfermagem do município de Montes Claros em plenária sendo que esta deliberação encontra-se registrada na ata da reunião extraordinária número 170 – Centésima Septuagésima.

No dia 27 de Dezembro de 2017, a senhora Secretária Municipal de Saúde sancionou a Portaria/SMS número 12 que regulamenta o Protocolo Assistencial de Enfermagem do município de Montes Claros que entrou em vigor na presente data.

7. DESENVOLVIMENTO

Protocolo de Enfermagem na Atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial

Este protocolo tem como fundamentação teórica os documentos publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014; BRASIL, 2014a), ROSSO et al. (2014), Minas Gerais (2013), Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010) São Paulo (2016), Rio de Janeiro (2012), Florianópolis (2015).

7.1 RASTREAMENTO

Sempre que um adulto com 18 anos ou mais procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS), para atendimento ou outra finalidade e não constar em seu prontuário uma aferição da pressão Arterial nos últimos dois anos, deverá ser feito e registrada (**Grau de Recomendação A**) (BRASIL, 2010). Em se tratando

da primeira aferição, deverá ser realizado nos dois braços do paciente e posteriormente feito a média dos valores. Para aferições posteriores deverá ser considerado o braço que se encontrou o valor mais elevado (BRASIL, 2014).

Caso o paciente apresente diferenças de pressão entre os membros superior a 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica, respectivamente, deverá ser investigado para avaliar doenças arteriais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Levando em consideração os valores encontrados segue-se o esquema para verificações posteriores (BRASIL, 2014):

PA menor que 120/80 mmHg, deverá ser verificada a cada dois anos:

PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg nos pacientes que não tenham outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV), deverá ser verificada anualmente;

PA maior ou igual a 140/90 mmHg ou PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg e o paciente apresentar fatores de risco para doença cardiovascular (DCV). Deverá ser realizada em mais dois momentos com intervalo de 1 a 2 semanas.

Sempre que for realizar atividades fora da UBS e for possível, deverá ser realizada a aferição da pressão arterial, para descartar a possibilidade de efeito do avental branco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Tabela 4- Procedimentos recomendados para a medida da pressão arterial.**Procedimentos recomendados para a medida da pressão arterial****Preparo do usuário:**

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

2. Certificar-se de que o usuário **NÃO**:

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

3. Posicionamento do usuário:

Deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado.

O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

Para a medida propriamente:

1. Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida, selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço.

2. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital.

3. Centralizar o meio da parte compreensiva do manguito sobre a artéria braquial.

4. Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica.

5. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.

6. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 mmHg a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação.

7. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).

8. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco, seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.

9. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).

10. Auscultar cerca de 20 mmHg a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.

11. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/ diastólica/ zero.

12. Sugere-se esperar em torno de 1 minuto para nova medida, embora esse aspecto seja controverso.

13. Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o usuário.

14. Anotar os valores exatos sem "arredondamentos" e o braço em que a pressão arterial foi medida.

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.

Para aferição deve se utilizar manguitos com câmara inflável (*cuff*) adequada para cada pessoa por ser variável a circunferência do braço. A largura mínima deverá ser de pelo menos 40% do comprimento do braço (distância entre o olécrano e o acrômio) e o comprimento, mínimo 80% de sua circunferência (BRASIL, 2014).

Braço de um adulto sem obesidade, que tenha musculatura usual e estatura mediana, a câmara ideal tem 23 cm de comprimento (para 30 cm de circunferência) e 12 cm de largura (para 30 cm de comprimento do braço). Esse geralmente é o único manguito ofertado aos serviços de Saúde. Quando aferir a pressão arterial com manguito diferente do biótipo do paciente, tende-se a superestimar os valores pressóricos (BRASIL, 2014).

O recomendado é que o serviço tenha seis tipos de manguito para atender os pacientes adultos e infantis, de forma que cada biótipo possa ser avaliado de maneira mais adequada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Tabela 5 – Dimensões da bolsa de borracha (manguito) para diferentes circunferências de braço em crianças e adultos

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Recém-nascido	≤ 10	4	8
Criança	11-15	6	12
Infantil	16-22	9	18
Adulto pequeno	20-26	10	17
Adulto	27-34	12	23
Adulto grande	35-45	16	32

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010).

Tabela 6- Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório em maiores de 18 anos.

Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório em maiores de 18 anos

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.

Tabela 7- Classificação da pressão arterial para crianças e adolescentes e sugestões de conduta, segundo a sua classificação.

Classificação da pressão arterial para crianças e adolescentes e sugestões de conduta, segundo a sua classificação

Classificação	Percentil para PAS e PAD*	Conduta sugerida (se pertinente)
Normal	PA < percentil 90	Reavaliar na próxima consulta médica.
Limítrofe	Percentil 90 ≤ PA < percentil 95 ou se PA exceder 120/80 mmHg, mesmo que PA < percentil 90 até < percentil 95	Reavaliar em 6 meses.
Hipertensão estágio 1	Percentil 95 ≤ PA ≤ percentil 99 mais 5 mmHg	Usuário assintomático: reavaliar em 1 a 2 semanas; se hipertensão confirmada, encaminhar para avaliação diagnóstica. Usuário sintomático: encaminhar para avaliação diagnóstica.
Hipertensão estágio 2	PA > percentil 99 mais 5 mmHg	Encaminhar para avaliação diagnóstica.
Hipertensão do avental branco	PA > percentil 95 em ambulatório ou consultório e PA normal em ambientes não relacionados à prática clínica	

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.

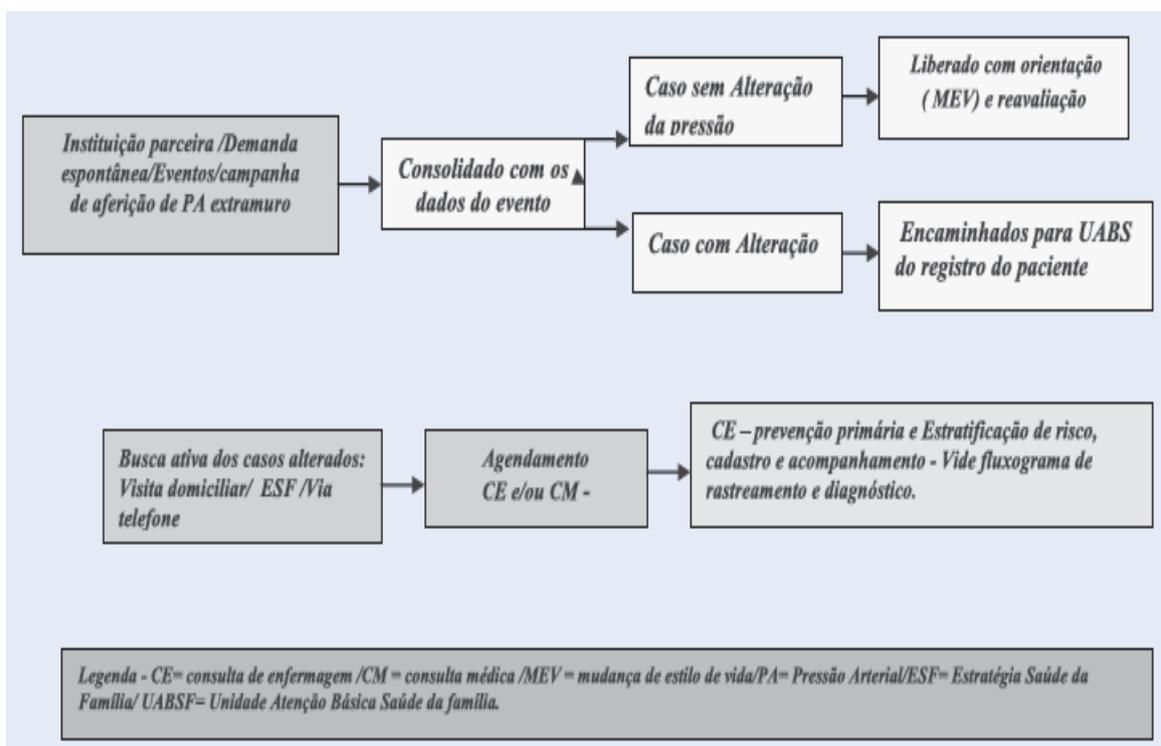
PREVENÇÃO PRIMÁRIA – RASTREAMENTO DE CASOS/BUSCA ATIVA

Mediante as variáveis e características da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), deve ser realizadas atividades de captação dos casos de demanda espontânea, dos eventos, campanhas e ações de sensibilização da população. Assim possibilitando identificar os casos alterados, dando subsídio ao diagnóstico precoce (ROSSO *et al*, 2014).

Outra ação preponderante é o envolvimento e fortalecimento de parcerias não governamentais, civis e empresarias para o enfrentamento, controle e monitoramento da HAS (ROSSO *et al*, 2014).

Na Figura XX retrata o Fluxograma utilizado para busca ativa de hipertensos na atenção primária com a participação de toda a equipe.

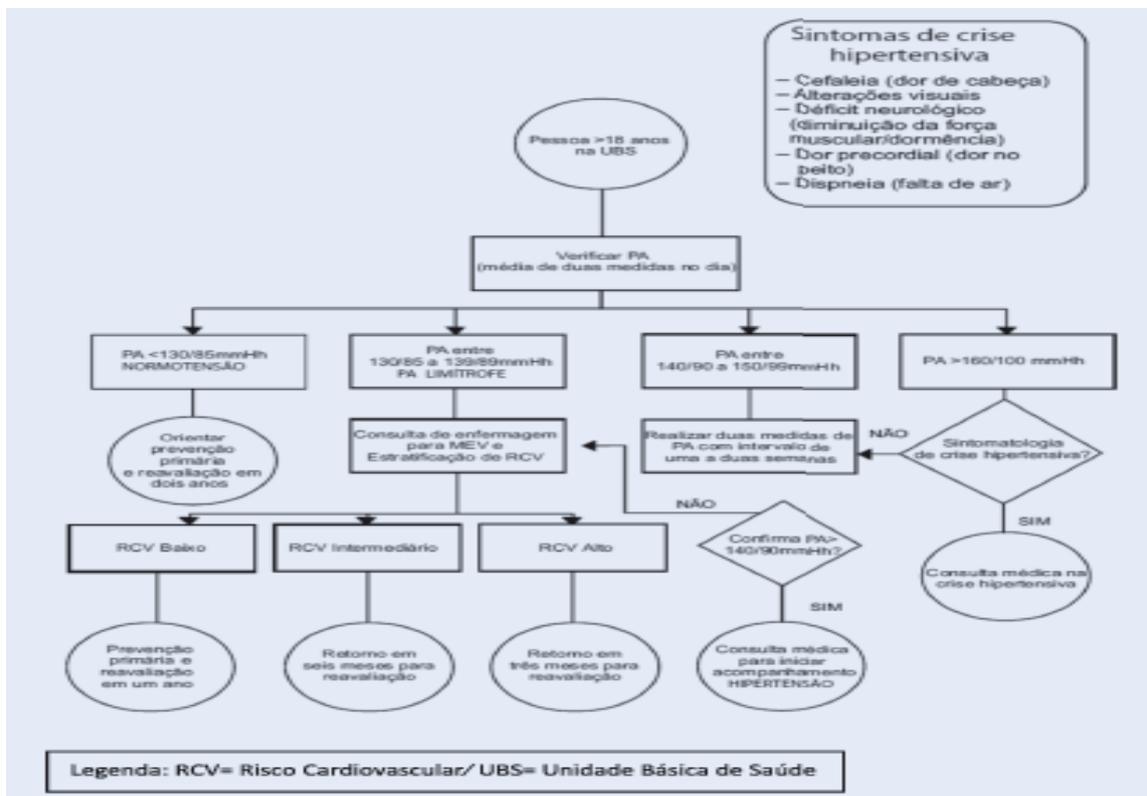
Figura 2. Fluxograma de Busca Ativa na Atenção Primária



Fonte: Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária as Saúde de Goiás, COREN, 2014.

Após a busca ativa e identificação dos usuários faz-se necessário o rastreamento e classificação de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como descrito na Figura 3.

Figura 3. Fluxograma de rastreamento e classificação de HAS.



Fonte: Caderno de Atenção Básica Nº 37 (BRASIL, 2014).

Deve-se atentar para os sintomas de crise Hipertensiva e os fatores de risco cardiovascular, para que se possa orientar e referenciar o paciente de maneira adequada e oportunizar o diagnóstico (caso necessário encaminhar ao médico para fechar o diagnóstico) precoce, ou a instituição de medidas adequadas ao paciente.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

A prevenção primária deve ser trabalhada desde a infância com ênfase na abordagem familiar, para poder prevenir a ocorrência da HAS, bem como a diminuição do risco cardiovascular. As medidas preventivas baseiam-se na identificação dos grupos de maior risco e nas modificações do estilo de vida

fazendo-se necessária a implementação de medidas preventivas (BRASIL, 2010).

Medidas Preventivas

- a) Controle do peso.
- b) Consumo preferencial de verduras e legumes, frutas, cereais, grãos e massas. Consumo preferencial de peixe e carnes brancas das aves, preparadas sem pele; uso restrito de carnes vermelhas, com retirada da gordura visível; uso moderado de crustáceos, evitando-se a adição de gorduras saturadas em seu preparo.
- c) Evitar frituras
- d) Redução da ingestão de sódio.
- e) Redução ou abandono da ingestão de álcool.
- f) Redução ou abandono de tabaco.
- g) Prática de exercícios físicos.

Observação: Medidas que serão mais exploradas em tratamento não medicamentoso.

Estratégias de Medidas Preventivas

As mudanças no estilo de vida, embora de difícil implementação, devem ser sempre incentivadas. As sugestões apresentadas são aquelas com possibilidade de êxito em um campo que ainda apresenta inúmeros desafios. A parceria das sociedades científicas com entidades governamentais é indispensável para assegurar a operacionalidade dessas ações em âmbito nacional, estadual e municipal (BRASIL, 2014).

Ações educacionais dirigidas a:

- profissionais de saúde.
- alunos de escolas profissionalizantes.
- alunos de primeiro e segundo graus.
- pessoal de instituições e empresas.
- comunidade

Ações de conscientização: campanhas de esclarecimentos através da mídia, campanhas temáticas periódicas, tais como dia municipal, estadual e/ou nacional da hipertensão, semana da hipertensão, etc (BRASIL, 2014).

CLASSIFICAÇÃO DE ACORDO COM O ESTÁGIO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO – EMC

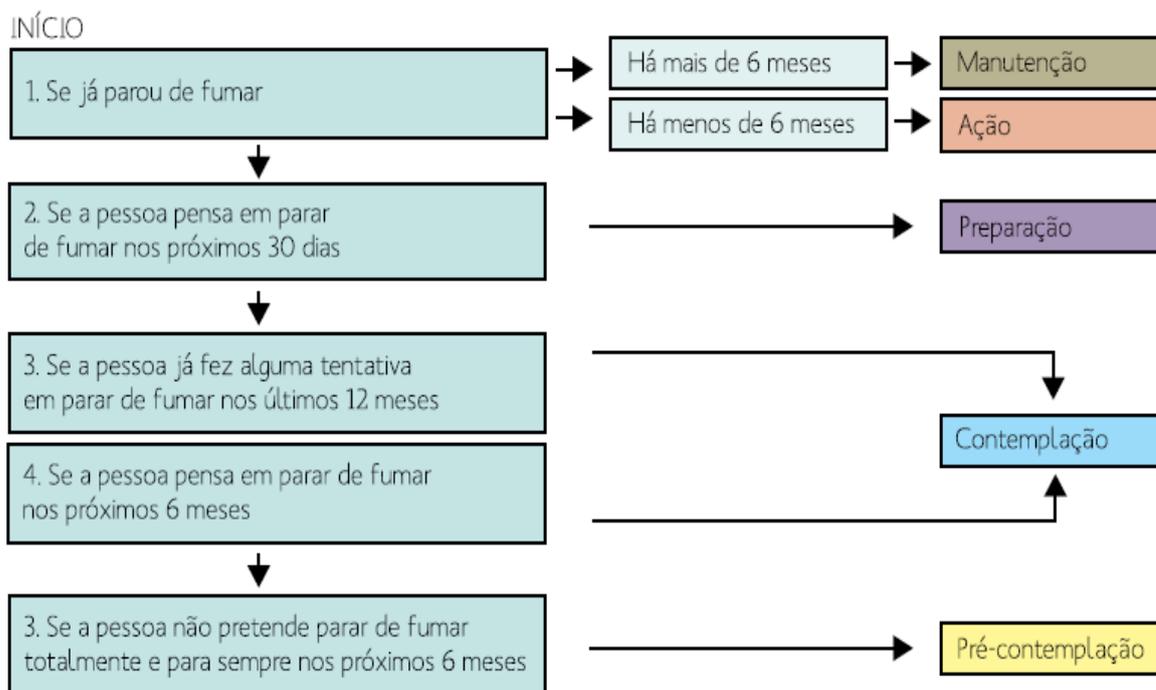
A identificação dos Estágios de Mudança de Comportamento (EMC) é um dos passos iniciais no processo de desenvolvimento de estratégias de intervenção, pois para cada comportamento encontrado esforços específicos devem e podem ser empregados (MOREIRA, 2014).

Contudo, mudanças profundas de comportamento, tais como modificações no estilo de vida exigem, antes de tudo, compreensão da situação externa e de fatores associados, como demográficos, socioeconômicos, psicológicos e comportamentais (o que reflete o meio onde o sujeito está inserido). Assim, é sugerido que aplique os algoritmos referentes a cada comportamento, forme grupos por estágios de comportamento e realize ações direcionadas especificamente para cada estágio, conforme sugestões nos protocolos de conselhos (MOREIRA, 2014).

A Figura 4 apresenta a mudança de comportamento referente ao incentivo a Cessação do Tabagismo.

Figura 4 Abordagem Frente ao Tabagismo

TABAGISMO:



Estágio em que a pessoa se encontra: _____

Fonte: Unidades Promotoras de saúde, 2014.

O profissional da Atenção Básica precisa identificar em que fase (manutenção, ação, preparação, contemplação ou pré-contemplação), a pessoa com Hipertensão Arterial se encontra para abordagem adequada frente à situação e elaborar conjuntamente um Projeto Terapêutico.

A figura 4 apresenta a abordagem que deve ser realizada em cada fase da Cessação do Tabagismo, haja vista que o sucesso depende da conduta correta para a fase que o cliente se encontra.

Figura 5 – Protocolo de Conselhos específicos para cada fase de abordagem a Cessação do Tabagismo.

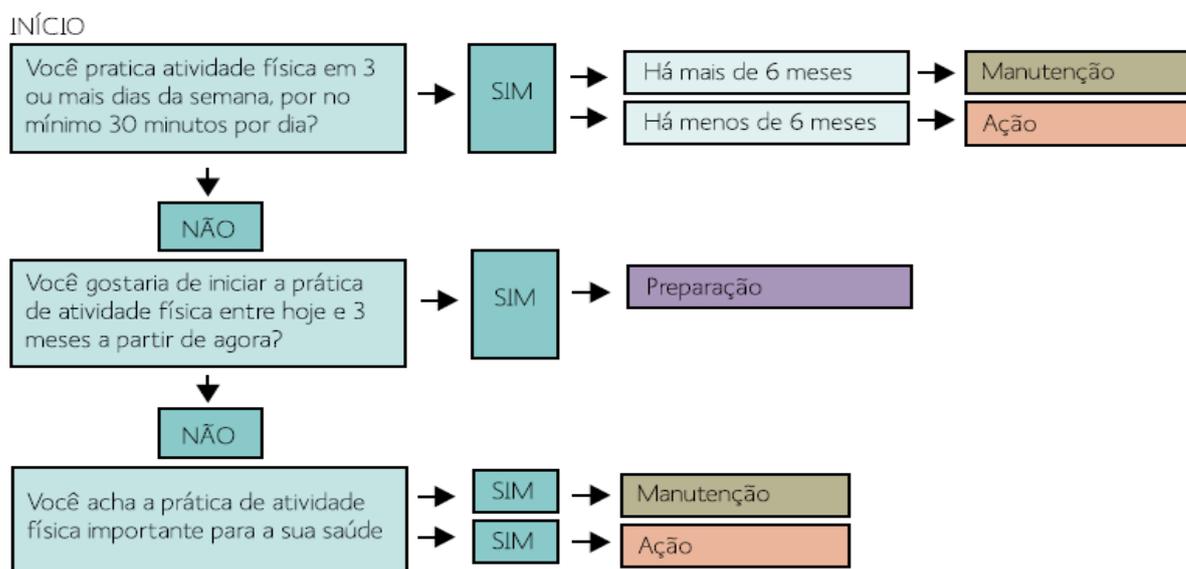
Protocolo de Conselhos		
Estágios de Mudança	Meta	Conselhos
Pré-contemplação	Estimular as pessoas a pensarem sobre se seu comportamento é ou não saudável.	<ul style="list-style-type: none"> • Relate os riscos para a saúde do fumante e para a saúde dos que convivem com ele. • Relate os benefícios obtidos ao parar de fumar. • Forneça material educativo sobre o tema • Volte a tocar no assunto nos próximos encontros. • Convide para palestras, rodas de conversa, entregue material educativo.
Contemplação	Estimular as pessoas a pensarem sobre sua saúde, se o seu comportamento é ou não saudável, incentivar cada vez mais a vontade de adquirir um novo estilo de vida livre do cigarro.	<ul style="list-style-type: none"> • Estimule a pensar na possibilidade de parar de fumar. • Relate os riscos para a saúde do fumante e para a saúde dos que convivem com ele. • Relate os benefícios obtidos ao parar de fumar. • Forneça material educativo sobre o tema • Volte a tocar no assunto nos próximos encontros. • Convide para palestras, rodas de conversa, entregue material educativo. • Peça-lhe que escreva ou fale sobre as vantagens e desvantagens de parar de fumar e de continuar fumando, as situações que despertam o desejo de fumar (gatilhos), os motivos de recaídas e os tratamentos anteriores (se houver).
Preparação	Estimular as pessoas a traçar um plano, mantendo a data proposta para parar de fumar.	<ul style="list-style-type: none"> • Estimule a marcar a data de parada "DIA D". • Fale sobre os métodos de parada. • Trace a forma de parada, se gradual ou abrupta. • Trace as estratégias para enfrentar as fissuras, os gatilhos, o estresse e a pressão de outros fumantes. • Estimule a adotar hábitos saudáveis de vida: alimentação rica em vegetais, frutas, legumes e verduras e praticar atividade física regularmente. • Oriente a retirar cinzeiros, isqueiros, piteiras e maços de cigarro de casa. • Sugira, se possível, evitar locais onde há fumantes nos primeiros dias. • Sugira que outros fumantes da família (se houver) e amigos também parem de fumar no mesmo dia ou que apoiem a decisão do indivíduo, evitando fumar perto dele. • Ofereça material educativo • Informe sobre a síndrome de abstinência e sobre a "fissura". • Marque um novo encontro bem próximo.
Ação	Oferecer estímulos para que as pessoas sigam o planejamento, e continuem a desenvolver novas habilidades e atitudes para manter uma vida sem o cigarro.	<ul style="list-style-type: none"> • Incentive a seguir o planejamento. • Estimule a continuar a estabelecer objetivos a curto prazo. • Realize adaptações no planejamento quando notar alguma dificuldade para alcançar o objetivo. • Reforce os benefícios de uma vida livre do tabaco. • Incentive a pessoa a recompensar-se a cada dia sem fumar.
Manutenção	Reforce e estimule a aquisição de comportamentos saudáveis.	<ul style="list-style-type: none"> • Parabenzie sempre, estimulando a renovar o compromisso de não fumar. • Oriente a evitar o primeiro cigarro e, assim, evitará todos os outros. Com uma única tragada, pode-se voltar aos padrões anteriores do hábito de fumar. • Reviva com ele as estratégias e habilidades para resistir às fissuras, aos gatilhos, ao estresse e à pressão de outros fumantes. • Ressalte os benefícios obtidos após parar de fumar. • Reforce a importância da atividade física e da dieta saudável. • Sugira que compre um presente muito desejado para si mesmo, com o dinheiro que está economizando por não comprar mais cigarros. • Marque novos encontros.
Recaída	Converse sobre o que causou a recaída e incentive a voltar para uma vida sem o cigarro.	<ul style="list-style-type: none"> • Mostre que é comum acontecer a recaída e que deve aceitá-la sem culpas e recomeçar. • Ajude a diferenciar se é um lapso ou uma recaída de fato. • Estimule a tentar de novo. • Ajude a identificar as situações e os fatores que contribuíram para a recaída. • Pergunte como se sentiu ao fumar o 1º cigarro e o que aconteceu depois. • Ajude a determinar o que foi aprendido para ajudar a evitar futuras recaídas. • Trace com ele estratégias para outra tentativa marcar nova data de parada.

Fonte: Unidades Promotoras de saúde, 2014.

Outro ponto importante na prevenção primária e também no controle não medicamentoso é a Realização de Atividade Física, diante desse aspecto também é imprescindível identificar em que fase de motivação esse cliente encontra-se como apresentado na Figura 6

Figura 6 – Abordagem frente à avaliação da Atividade Física.

ATIVIDADE FÍSICA



Fonte: Guedes, Santos e Lopes, 2006. Cardinal, Engels e Zhu, 1998.

Estágio em que a pessoa se encontra: _____

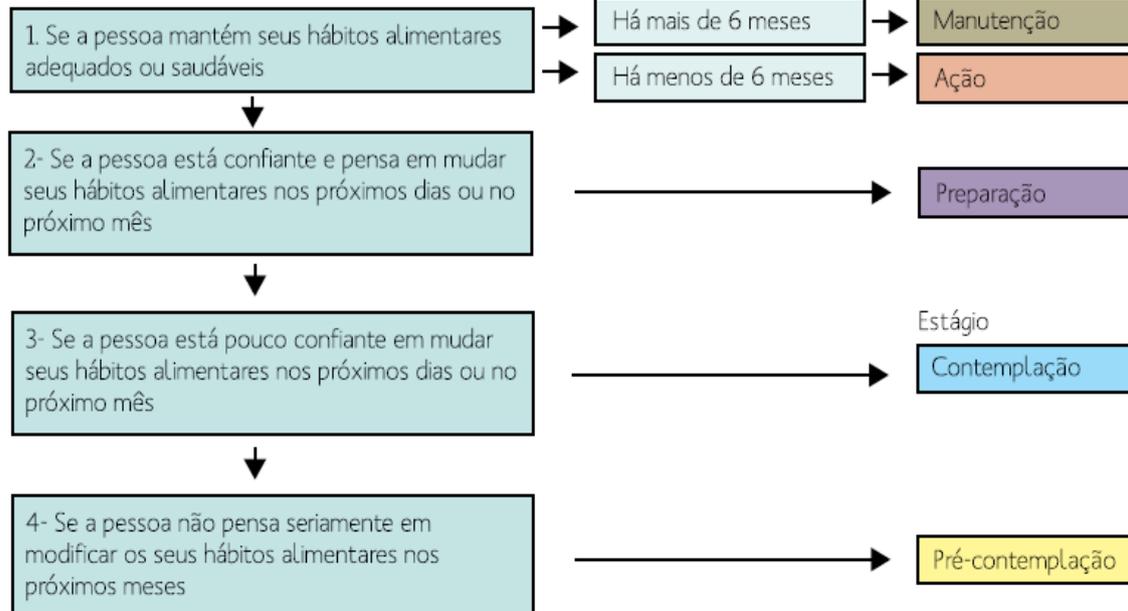
Fonte: Unidades Promotoras de saúde, 2014.

Outro aspecto que merece destaque é a avaliação alimentar que também é necessária avaliar a motivação para mudanças e as condutas adequadas a cada fase descritas na Figura 5 e 6.

Figura 7- Abordagem frente à avaliação da Alimentação.

ALIMENTAÇÃO

INÍCIO



Estágio em que a pessoa se encontra: _____

Fonte: Unidades Promotoras de saúde, 2014.

Figura 8 - Protocolo de Conselhos específicos para cada fase de abordagem a mudanças alimentares.

Protocolo de Conselhos

Estágios de Mudança	Meta	Conselhos
Pré-contemplação	Estimular as pessoas a pensarem sobre seu comportamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Resuma os benefícios. • Relate os benefícios pessoais para a saúde. • Liste as razões para ser ativo e ter uma alimentação saudável. • Forneça material educativo sobre o tema. • Volte a tocar no assunto nos próximos encontros. • Convide para palestras, rodas de conversa, entregue material educativo, convite para aulas experimentais de atividade física/práticas corporais.
Contemplação	Encorajar as pessoas a pensar em iniciar um programa de Atividade Física e de alimentação saudável.	<ul style="list-style-type: none"> • Resuma os benefícios. • Relate os benefícios pessoais para a saúde. • Liste as razões para ser ativo e ter uma alimentação saudável. • Identifique as barreiras para a Atividade Física e alimentação saudável.
Preparação	Estabelecer um plano específico para iniciar um programa de Atividade Física e de alimentação saudável.	<ul style="list-style-type: none"> • Dê informações claras para começar um programa de Atividade Física e de alimentação saudável em um futuro próximo. • Identifique os benefícios que eles esperam com a Atividade Física e com alimentação saudável. • Escolha uma Atividade Física apropriada e preferida. • Identifique os suportes sociais. • Identifique as barreiras. • Observe a taxa de confiança em ser capaz de manter hábitos saudáveis de forma regular.
Ação e Manutenção	Continuar um programa de Atividade Física e de alimentação saudável.	<ul style="list-style-type: none"> • Elogie como forma de incentivo. • Revise os planejamentos. • Identifique os suportes sociais. • Identifique as barreiras (prevenir relapso). • Desenvolva soluções para as barreiras. • Observe a taxa de confiança em ser capaz de manter hábitos saudáveis de forma regular.
Recaída	Converse sobre o que causou a recaída e incentive a voltar para o novo hábito.	<ul style="list-style-type: none"> • Mostre que é comum acontecer a recaída e que deve aceitá-la sem culpas e recomeçar. • Ajude a diferenciar se é um lapso ou uma recaída. • Estimule a tentar de novo. • Ajude a identificar as situações e os fatores que contribuíram para a recaída. • Ajude a determinar o que foi aprendido para ajudar a evitar futuras recaídas. • Trace com ele estratégias retornar e manter o novo hábito.

Fonte: Unidades Promotoras de saúde, 2014.

Isto posto, é fundamental que o profissional da atenção básica, em especial o enfermeiro realize atividades motivacionais para essas mudanças de comportamento.

7.1.2 CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE HIPERTENSO

A realização da consulta de enfermagem pressupõe a aplicação do processo de enfermagem, constituindo-se na sistematização da assistência de enfermagem. O processo de enfermagem conta com as seguintes fases: histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e implementação da assistência e avaliação do processo de cuidado.

Essa parte do protocolo foi fundamentada nos documentos publicados por BRASIL (2013), ROSSO *et al.* (2014), SÃO PAULO (2016).

História Clínica/Anamnese (modelo em anexo)

Coleta de informações referente à pessoa, à família e à comunidade, com o propósito de identificar suas necessidades, problemas, preocupações ou reações. Constando as seguintes informações:

- Identificação: nome, endereço, sexo, idade, raça/cor, escolaridade, naturalidade, estado civil, religião, número de filhos e condição socioeconômica (ocupação, estrutura familiar, condições de moradia, bens de consumo e potencial para auto cuidado).
- História atual: duração conhecida da hipertensão arterial e níveis de pressão; medicação em uso (consumo de medicamentos que podem elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento como: corticosteroides, anti-inflamatórios, anorexígenos, antidepressivos, hormônios) e reações adversas aos tratamentos prévios.
- Queixas atuais: sinais e sintomas sugestivos de lesão em órgão-alvo (tontura, cefaleia, alterações visuais, dor precordial, dispneia, parestesia, parestesias e edema e lesões de membros inferiores).

- Presença de lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares (DCV): doenças cardíacas, hipertrofia de ventrículo esquerdo; angina ou infarto prévio do miocárdio; revascularização miocárdica prévia; insuficiência cardíaca. Episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico. Nefropatia. Doença vascular arterial periférica. Retinopatia hipertensiva, Gota, Doença arterial coronária.
- Hábitos de vida: incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, cafeína, alimentação, sono e repouso, atividade física, higiene, funções fisiológicas e consumo de drogas lícitas e ilícitas.
- Investigação fatores de risco: Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Tabagismo, Sobrepeso e Obesidade, Sedentarismo, Estresse, Perda de peso, características do sono, função sexual, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, mulheres pós-menopausa, raça, idade e gênero.
- História familiar: Acidente Vascular Encefálico, Doença Arterial Coronariana prematura (homens <55 anos, mulheres < 65 anos); morte prematura e súbita de familiares próximos.
- Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, situação familiar e condições de trabalho.

Exame Físico (modelo em anexo)

O exame físico é realizado no sentido cefalocaudal seguindo técnicas de inspeção, palpação, percussão e ausculta. Deve ser iniciado com a verificação dos sinais vitais e medidas antropométricas, devendo a pressão arterial (PA) ser aferida seguindo a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (descrita anteriormente nesse protocolo).

- Medidas antropométricas: Peso, altura, IMC, circunferência abdominal;
- Sinais vitais: Frequência cardíaca e respiratória, pulso radial e carotídeo, temperatura corporal, pressão arterial com a pessoa sentada e deitada;
- Cabeça: aspecto do couro cabeludo (observar sujidade, alopecia, seborréia e integridade);

- Olhos: acuidade visual, presença de secreção, aspecto das pupilas, esclera e conjuntivas;
- Cavidade nasal: presença de secreção, congestão, epistaxe;
- Cavidade oral: aspecto das mucosas, dentição, uso de prótese, queixas, dores, desconfortos, data do último exame odontológico;
- Pescoço: presença de nódulos e de extase jugular;
- Tórax: simetria, integridade, ausculta cardíaca e respiratória;
- Abdome: aspecto, ausculta, presença de nódulos e/ou massas;
- Sistema reprodutor: alterações urinárias, dismenórreia, secreção vaginal/uretral;
- Membros: dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas);
- Pele: integridade, turgor, coloração e manchas.

Diagnóstico das necessidades de cuidado

Interpretação e conclusões quanto às necessidades, aos problemas e às preocupações da pessoa para direcionar o plano assistencial.

Planejamento da assistência

São estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados nas etapas anteriores, sempre estabelecendo metas com a pessoa com HAS, pois o ponto mais importante no tratamento é o processo de educação em Saúde e o vínculo com a equipe.

Pontos importantes no planejamento da assistência:

- Abordar/orientar sobre:

1. A doença, a prevenção de complicações e o processo de envelhecimento.

2. Estimular a adesão ao tratamento por meio dos estabelecidos objetivos/metass junto com o usuário; criar o vínculo com o usuário e familiares; levar em consideração o e adequar as crenças, hábitos e cultura do usuário.
3. Motivação para modificar hábitos de vida não saudáveis (fumo, estresse, bebida alcoólica e sedentarismo), descrito anteriormente em Prevenção primária.
4. Motivação para Alimentação Saudável.
5. Percepção de presença de complicações.
6. Os medicamentos em uso (indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais).
7. Prevenção de complicações com a adequada manutenção de níveis pressóricos.
8. Solicitar e avaliar os exames previstos nesse protocolo.
9. Estimular o autocuidado, adesão ao tratamento e envolver familiares no processo do cuidado;
- 10 .Estimular a participação em grupos educativos.

Também deve realizar visita domiciliar para sensibilizar os familiares na adesão ao tratamento, realizar busca ativa de faltosos.

- Quando pertinente, encaminhar ao médico e, se necessário, aos outros profissionais.

Implementação da assistência

A implementação dos cuidados deverá ocorrer de acordo com as necessidades e grau de risco da pessoa e da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado, em cada consulta.

Avaliação do processo de cuidado

Avaliar com a pessoa e a família o quanto as metas de cuidados foram alcançadas e o seu grau de satisfação em relação ao tratamento. Observar se ocorreu alguma mudança a cada retorno à consulta. Avaliar a necessidade de mudança ou de adaptação no processo de cuidado e reestruturar o plano de

acordo com essas necessidades. Registrar em prontuário todo o processo de acompanhamento.

Nas consultas subsequentes de Enfermagem

Deve ser avaliado o cumprimento das metas estabelecidas em conjunto com o usuário. Além da avaliação dos seguintes aspectos (SÃO PAULO, 2016):

- Riscos familiares (obesidade, hipertensão, diabetes, infarto agudo do miocárdio, artrose, outros)
- Hábitos de vida (sexual, alimentar, tabaco, álcool, drogas, outros)
- Medicação: orientação, revisão do uso e prescrição
- Nível pressórico
- Perfil psicológico - ansiedade, depressão, estresse, outros
- Citologia oncótica
- Risco para câncer de mama, colo de útero, pele, cavidade oral e próstata
- Mamografia (ver antecedentes familiares): vide Protocolo Saúde da Mulher - Atividade física regular.

7.1.3 EXAMES COMPLEMENTARES PARA ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Os exames solicitados durante as consultas médicas e de enfermagem devem ser baseadas nas orientações contidas no Caderno de Atenção Básica número 37 (BRASIL, 2014), em que o atendimento inicial e acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS requer um apoio diagnóstico mínimo, em que poderão ser solicitados uma vez no decorrer de cada ano por médico e/ou enfermeiro, considerando o acompanhamento do usuário, metas de cuidado, risco cardiovascular e as complicações existentes.

Os exames que podem ser solicitados conforme Brasil (2014) são:

1. Eletrocardiograma
2. Glicemia de jejum
3. Dosagem de colesterol total
4. Dosagem de colesterol HDL
5. Dosagem de triglicerídeos
6. Cálculo do LDL = Colesterol total - HDL- colesterol - (Triglicerídeos/5)
7. Dosagem de creatinina
8. Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1)
9. Dosagem de potássio.

O enfermeiro deve levar em consideração algumas condições gerais para solicitar os exames para acompanhamento do portador de hipertensão arterial sistêmica desde que (FLORIANÓPOLIS, 2015):

- O enfermeiro obedeça a periodicidade estipulada para cada um dos exames, não solicitando os mesmos em frequência superior ao estabelecido;
- O enfermeiro realize avaliação clínica do usuário pertinente ao quadro do mesmo e conforme as evidências mais recentes, encaminhando para atendimento médico quando necessário.
- Haja comprovação no prontuário do usuário, de que o mesmo possui a condição/morbidade que justifique a solicitação dos exames, conforme este protocolo;
- O enfermeiro encaminhe para atendimento médico usuários cujos resultados dos exames complementares solicitados estejam fora dos padrões de normalidade.

O quadro 1 apresenta a periodicidade da realização dos exames e valores de referência, construído com base no Protocolo de Florianópolis (2015); São Paulo (2015); BRASIL (2014).

QUADRO 1 Lista de exames complementares e periodicidade.

EXAME COMPLEMENTAR	PERIODICIDADE	VALORES REFERENCIA
GLICOSE DE JEJUM	ANUAL	- Desejável <110 mg/dL - Se ≥110 mg/dL, utilizar fluxo descrito no capítulo 2 (DM)
COLESTEROL TOTAL	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas	- Desejável <200 mg/dL - Tolerável de 200 a 239 mg/dL (limítrofe alto)
COLESTEROL HDL	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas	≥40 mg/dL
LDL* (ATRAVÉS DE FÓRMULA)	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas	- Desejável <100 mg/dL - Acima do ideal de 100 a 129 mg/dL - Tolerável de 130 a 159 mg/dL (limítrofe alto)
TRIGLICERÍDEOS	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas	- Desejável <150 mg/dL - Tolerável de 150 a 199 mg/dL (limítrofe alto)
CREATININA SÉRICA**	ANUAL ou após 2 semanas do início/aumento da dose de captopril/losartan	Clearance de creatinina ≥90 ml/min
POTÁSSIO (para pacientes que fazem uso de diuréticos – hidroclorotiazida, furosemida, espironolactona – e/ou inibidor do sistema RAA – captopril, enalapril, losartana)	ANUAL ou após 2 semanas do início/aumento da dose de captopril/losartana	≥3,5 mmol/L e <5,0 mmol/L (mEq/L)
EXAME SUMÁRIO DE URINA (EAS, EQU)	ANUAL	Sem glicose e sem proteinúria se proteinúria, solicitar microalbuminúria antes de encaminhar para atendimento médico.

Fonte: FLORIANOPOLIS, 2015.

* LDL não deve ser solicitado como exame laboratorial, uma vez que os valores podem ser calculados a partir da equação de Friedewald, da seguinte maneira:

$$\text{LDL Colesterol mg/dL} = \text{Colesterol Total} - \text{HDL Colesterol} - (\text{Triglicerídeos}/5)$$

Nos casos em que o nível de triglicerídeos estiver acima de **400 mg/dl**, a dosagem real (sérica) de LDL deverá ser solicitada uma vez que esta fórmula perde a precisão para estes valores.

**O valor de creatinina sérica (creatinina plasmática) deve ser utilizado para calcular o Clearance de creatinina, através da equação de Cockcroft & Gault, da seguinte maneira:

Para homens:

$$\text{Clearance de Creatinina mL/min} = \frac{(140 - \text{idade}) \times \text{Peso(Kg)}}{\text{Creatinina sérica(mg/dL)} \times 72}$$

Para mulheres:

$$\text{Clearance de Creatinina mL/min} = \frac{(140 - \text{idade}) \times \text{Peso(Kg)}}{\text{Creatinina sérica(mg/dL)} \times 72} \times 0,85$$

Fonte: Florianópolis, 2015.

7.1.4 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR - ESCORE DE FRAMINGHAM

Na consulta de enfermagem para a estratificação de risco cardiovascular recomenda-se a utilização do escore de Framingham. A estratificação tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. Essa estimativa se baseia na presença de múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, níveis de HDLc e LDLc. A partir da estratificação de risco, selecionam-se indivíduos com maior probabilidade de complicações, os quais se beneficiarão de intervenções mais intensas (BRASIL, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Sendo que, a interação e o agrupamento desses fatores levaram ao desenvolvimento de uma predição baseada em algoritmos de análise multivariada, que podem ser utilizados por profissionais de saúde da atenção

primaria para avaliar o risco de desenvolver doença cardiovascular, ou seja, doença coronariana, AVC, DVP e insuficiência cardíaca. Tal avaliação tem sido defendida por estimar o risco cardiovascular global e para guiar o tratamento desses fatores de risco. Sendo, a idade, o sexo, a pressão arterial elevada, o tabagismo, a dislipidemia e o diabetes são sabidamente os principais fatores de risco para se desenvolver doença cardiovascular (BRASIL, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A estimativa global de DCV facilita o ajustamento entre a intensidade do fator de risco e a probabilidade estimada da doença, tornando o tratamento mais custo-efetivo. Desta forma, o estudo de D'Agostino *et al.* (2008) foi motivado pela necessidade de se simplificar a predição de risco, informando, através de um algoritmo, pessoas com alto risco de doença cardiovascular aterosclerótica em geral, sendo capaz de identificação do risco para eventos específicos, como doença coronariana, DVP, AVC e insuficiência cardíaca. A presente investigação se estende a formulação anterior de Framingham e a expande, com base em um número maior de eventos (BRASIL, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A avaliação do risco de Framingham original é uma ferramenta validada para brancos e negros americanos e é transportável (com a devida calibração) para várias populações da Europa, do Mediterrâneo e da Ásia. No entanto, a SES/MG denominou a estratificação de risco cardiovascular de D'Agostino *et al.* (2008) como "**Framingham Revisado**" e recomenda a utilização dessa escala para realizar a estratificação de risco cardiovascular em usuários hipertensos (MINAS GERAIS, 2013).

A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) valorizou a estratificação de risco, baseada no reconhecimento dos fatores de risco cardiovasculares, em fatores adicionais para a HAS, na identificação de lesões em órgãos-alvo e de lesões subclínicas desses órgãos.

Os fatores de risco adicionais para a HAS representam homens com idade acima de 55 anos e mulheres acima de 65 anos; o tabagismo; as dislipidemias, especialmente, triglicerídeos acima de 150 mg/dL, LDL-colesterol maior que 100 mg/dL e HDL-colesterol menor que 40 mg/dL; a presença de diabetes mellitus

associada a história familiar prematura de doença cardiovascular em homens com idade menor que 55 anos e mulheres com idade menor que 65 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010)..

COMO FAZER O CÁLCULO DO RISCO CARDIO-VASCULAR (RCV) COM O ESCORE DE FRAMINGHAM?

PRIMEIRA ETAPA – Confirmar a classificação de HAS

A classificação de Hipertensão Arterial Sistêmica deve ser determinada pelo profissional médico, na qual após a confirmação do diagnóstico médico, a enfermagem realiza a estratificação de risco vascular.

SEGUNDA ETAPA - Identificar fatores de risco cardiovasculares

Utilize o Quadro 2 para a verificação dos fatores de risco

QUADRO 2 - Achados do exame clínico e anamnese indicativos de risco para DCV.

Baixo risco/Intermediário	Alto risco
<ul style="list-style-type: none"> • Tabagismo • Hipertensão • Obesidade • Sedentarismo • Sexo masculino • História familiar de evento cardiovascular prematuro (homens <55 anos e mulheres <65 anos) • Idade >65 anos 	<ul style="list-style-type: none"> • Acidente vascular cerebral (AVC) prévio • Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio • Lesão periférica – Lesão de órgão-alvo (LOA) • Ataque isquêmico transitório (AIT) • Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE) • Nefropatia • Retinopatia • Aneurisma de aorta abdominal • Estenose de carótida sintomática • Diabetes mellitus

FONTE: BRASIL, 2014.

TERCEIRA ETAPA - Pesquisar lesão em órgãos-alvo

Após avaliação da presença das lesões, inicia a terceira etapa, em que se estabelece uma pontuação e, a partir dela, obtém-se o risco percentual de evento cardiovascular em dez anos para homens e mulheres.

FIGURA 9- Evidências de lesão em órgãos-alvo em hipertensos:

Evidências de lesões em órgãos-alvo em hipertensos

Órgão-alvo	Evidência clínica de lesão	Comentários (se pertinentes)
Coração	IAM; doença coronariana; angioplastia e/ou revascularização do miocárdio; HVE; IC	
Sistema Nervoso Central	AVC transitório; AVC isquêmico, AVC hemorrágico, alteração da função cognitiva	
Rim	Déficit importante da TFG < 60 ml/min	A ocorrência de diminuição da TFG e/ou albuminúria aumenta o risco de doença cardiovascular
Retina	Hemorragias ou exsudatos, papiledema e outras alterações vasculares	
Doença arterial periférica	Baseado na história clínica de claudicação, exame físico e ITB	

Onde: IAM = infarto agudo do miocárdio; HVE = hipertrofia ventricular esquerda; IC = insuficiência cardíaca; AVC = acidente vascular cerebral; TFG = taxa de filtração glomerular; ITB = índice tornozelo-braço.

Fonte: Adaptado de VI Dir Bras HAS, 2010.²

FONTE: MINAS GERAIS, 2013.

São lesões subclínicas de órgãos-alvo segundo Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2013)

- Presença de HVE ao ECG. Índices recomendados são os de Sokolov-Lyon (soma do S de V1 ou V2 e do R de V5 ou V6 acima de 35 mm) ou Cornell (soma do R de aVL e do S de V3, acima de 28 mm para homens e acima de 20 mm para mulheres).
- Aliado a presença de HVE, pelo ecocardiograma transtorácico, com índice de massa de ventrículo esquerdo (VE) maior que 134g/m² em homens ou acima de 110g/m² em mulheres, a espessura médio-intimal de carótidas acima de 0,9 mm ou a presença de placa de ateroma pelo doppler de carótidas;

- Índice tornozelo-braço menor que 0,9; a depuração de creatinina estimada menor que 60 ml/ min/1,72 m²;
- O baixo ritmo de filtração glomerular menor que 60 ml/min/1,72 m²;
- A presença de microalbuminúria ou velocidade de onda de pulso acima de 12m/s são outros indicativos de lesões subclínicas de órgãos-alvo.

QUARTA ETAPA - Pesquisar Doenças Associadas

Faz-se necessário entender o conceito de Doenças Associadas entendidas segundo Minas Gerais (2013): doença cerebrovascular (acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico, ataque isquêmico transitório); doença cardiovascular (angina, infarto agudo do miocárdio, revascularização coronária, insuficiência cardíaca); doença arterial periférica; retinopatia avançada (papiledema, hemorragias e exsudatos) e doença renal crônica (categoria de função renal 4 ou 5).

QUINTA ETAPA- Estratificar Risco Cardiovascular (RCV) global

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) descreve que:

- Se o usuário apresenta apenas um fator de risco baixo/intermediário, não há necessidade de calcular o escore, pois ele é considerado como baixo RCV.
- Se apresentar ao menos um fator de alto RCV, também não há necessidade de calcular o escore, pois esse paciente já é considerado como alto RCV.
- Sendo que, o cálculo será realizado quando o usuário apresentar mais de um fator de risco baixo/intermediário.

FIGURA 10 Estratos e critérios para estratificação da Hipertensão Arterial segundo a SES.

Estratos e critério para a estratificação da hipertensão arterial sistêmica, segundo a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Estratificação	Critério (Framingham revisado)
HAS de baixo risco cardiovascular	Estimativa de risco cardiovascular menor que 10% em 10 anos.
HAS de moderado risco cardiovascular	Estimativa de risco cardiovascular entre 10% a 20% em 10 anos.
HAS de alto risco cardiovascular	Estimativa de risco cardiovascular maior que 20% em 10 anos.

Onde: HAS: Hipertensão arterial sistêmica. **Fonte:** Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Minas Gerais, 2012.³¹

Fonte: MINAS GERAIS, 2013.

Os quadros seguintes propiciam a estimativa do risco cardiovascular em 10 anos (morte coronariana, infarto do miocárdio, insuficiência coronariana, angina, AVC isquêmico e hemorrágico, ataque isquêmico transitório, doença arterial periférica - DAP - e insuficiência cardíaca) sem doença cardiovascular no exame de base. Os preditores utilizados são: idade, sexo, diabetes, tabagismo, pressão arterial sistólica tratada e não tratada, colesterol total e HDL (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013)

ATENÇÃO: Vale destacar que os usuários que tem insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca, hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência arterial periférica, insuficiência renal crônica estágio 3 ou mais e que tenham tido acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório são considerados como de **ALTO RISCO CARDIOVASCULAR** (MINAS GERAIS, 2013).

Inicialmente são apresentados os escores para estratificação de risco cardiovascular, por sexo.

FIGURA 11 Escore de Framingham revisado para homens

Escore de Framingham revisado para homens

Pontos	Idade	HDL	Colesterol total	PAS não tratada	PAS tratada	Tabagismo	Diabetes
-2		60+		<120			
-1		50-59					
0	30-34	45-49	<160	120-129	<120	NÃO	NÃO
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	<35	200-239	140-159	120-129		
3			240-279	160+	130-139		SIM
4			280+		140-159	SIM	
5	40-44				160+		
6	45-49						
7							
8	50-54						
9							
10	55-59						
11	60-64						
12	65-69						
13							
14	70-74						
15	75+						

Onde: HDL=| Colesterol HDL (High Density Lipoprotein); PAS= pressão arterial sistólica.

Fonte: D'Agostino et al., 2008.³⁰

FONTE: MINAS GERAIS, 2013.

FIGURA 12 Estimativa de risco cardiovascular para homens

QUADRO 17
Estimativa de risco cardiovascular para homens

Pontos	Risco cardiovascular %(10 anos)
Menor ou igual a -3	<1
-2	1,1
-1	1,4
0	1,6
1	1,9
2	2,3
3	2,8
4	3,3
5	3,9
6	4,7
7	5,6
8	6,7
9	7,9
10	9,4
11	11,2
12	13,2
13	15,6
14	18,4
15	21,6
16	25,3
17	29,4
18+	maior que 30

Fonte: D'Agostino et al., 2008.³⁰

FONTE: MINAS GERAIS, 2013.

FIGURA 13 Escore de Framingham para mulheres

Escore de Framingham revisado para mulheres

Pontos	Idade	HDL	Coolesterol total	PAS não tratada	PAS tratada	Tabagismo	Diabetes
-3				<120			
-2		60+					
-1		50-59			<120		
0	30-34	45-49	<160	120-129		NÃO	NÃO
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	<35		140-149	120-129		
3			200-239		130-139	SIM	
4	40-44		240-279	150-159			SIM
5	45-49		280+	160+	140-149		
6					150-159		
7	50-54				160+		
8	55-59						
9	60-64						
10	65-69						
11	70-74						
12	75+						

Fonte: D'Agostino et al., 2008.³⁰

FONTE: MINAS GERAIS, 2013.

FIGURA 14 Estimativa de risco cardiovascular para mulheres

QUADRO 19

Estimativa de risco cardiovascular para mulheres

Pontos	Risco% (10 anos)
menor ou igual -2	<1
-1	1
0	1,2
1	1,5
2	1,7
3	2
4	2,4
5	2,8
6	3,3
7	3,9
8	4,5
9	5,3
10	6,3
11	7,3
12	8,6
13	10
14	11,7
15	13,7
16	15,9
17	18,5
18	21,5
19	24,8
20	28,5
21 ou mais	>30

Fonte: D'Agostino et al., 2008.³⁰

FONTE: MINAS GERAIS, 2013.

FIGURA 15 Classificação de risco global

Classificação de risco global, segundo escore de risco de Framingham revisado, com prevalências estimadas para Minas Gerais

Categoria	Risco de evento cardiovascular maior	Prevalência estimada
Baixo	<10% em 10 anos	40%
Moderado	10% a 20% em 10 anos	35%
Alto	>20% em 10 anos	25%

Fonte: D'Agostino *et al.*, 2008³⁰ e Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Minas Gerais, 2012.³¹

FONTE: MINAS GERAIS, 2013.

SEXTA ETAPA - A estratificação de risco para a organização da assistência

Para fins de organização da rede de assistência aos usuários com as condições crônicas abordadas, a SES/MG (2013) propõe a utilização das estratificações de risco em: baixo, moderado, alto, muito alto levando em consideração os critérios de LOA, condições clínicas associadas, autocuidado suficiente ou insuficiente, a tabela abaixo:

TABELA 8- Estratificação de risco de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica para a organização da rede de atenção.

Estratificação de risco de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica para a organização da rede de atenção

Risco	Critérios (risco de evento cardiovascular maior - D'Agostino <i>et al.</i> - e capacidade para o autocuidado*)
Baixo	<ul style="list-style-type: none"> • < 10% de risco de evento cardiovascular maior em 10 anos, com capacidade de autocuidado suficiente e ✓ Ausência de LOA identificadas** e ✓ Ausência de condições clínicas associadas***
Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • < 10% de risco de evento cardiovascular maior em 10 anos, com capacidade de autocuidado insuficiente ou • 10% a 20% de risco de evento cardiovascular maior em 10 anos. - Em qualquer uma das opções é obrigatória a ✓ Ausência de LOA identificadas** e ✓ Ausência de condições clínicas associadas***
Alto	<ul style="list-style-type: none"> • > 20% de risco de evento cardiovascular maior em 10 anos com capacidade de autocuidado suficiente e/ou • LOA identificadas,** com capacidade de autocuidado suficiente. Em qualquer uma das opções é obrigatória a ✓ Ausência de condições clínicas associadas***
Muito Alto	<ul style="list-style-type: none"> • > 20% de risco de evento cardiovascular maior em 10 anos com capacidade de autocuidado insuficiente e/ou • LOA identificadas,** com capacidade de autocuidado insuficiente e/ou • Presença de condições clínicas associadas***

Onde: LOA = Lesões de Órgãos-Alvo. **Fonte:** Adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, 2013¹ e do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2012.²

O documento de Minas Gerais (2013) conceitua como **Capacidade de Autocuidado Insuficiente (conceito operacional)** - limitação em níveis relevantes da capacidade de autocuidado dos indivíduos pelas seguintes situações:

- dificuldade de compreensão de sua condição crônica;
- desinteresse na mudança de comportamento necessária para melhoria da sua condição;
- baixo suporte familiar e social;
- não se ver como agente de mudança de sua saúde;
- recolher-se em sua condição crônica;
- estar sem ação para melhoria de sua condição;
- abandonar o acompanhamento porque não atingiu uma de suas metas e
- depressão grave com prejuízo nas atividades diárias.

Outro conceito adotado pelo documento de Minas Gerais (2013) em que o entendimento de condições clínicas associadas: doença cerebrovascular (acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico, ataque isquêmico transitório); doença cardiovascular (angina, infarto agudo do miocárdio, revascularização coronária, insuficiência cardíaca); doença arterial periférica; retinopatia avançada (papiledema, hemorragias e exsudatos) e doença renal crônica (categoria de função renal 4 ou 5).

Já por Lesões de Órgãos-Alvo (LOA) entende-se: hipertrofia de ventrículo esquerdo identificada no eletrocardiograma de rotina, estágio de função renal 3B ou achados evidenciados em exames anteriores não recomendados como rotina na atenção primária (espessura médio-intimal de carótida > 0,9 mm ou placa de ateroma em carótida, índice tornozelo-braquial < 0,9 mm e velocidade de onda de pulso > 12 m/s).

7.1.5 SEGUIMENTO

O escore de Framingham é uma ferramenta útil e de fácil aplicação no cotidiano. Ele classifica os indivíduos por meio da pontuação nos seguintes graus de risco cardiovascular (BRASIL, 2014) e auxilia na definição de condutas:

- **Baixo Risco** – quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser anual após orientá-los sobre estilo de vida saudável.
- **Risco Intermediário** – quando existir 10% – 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser semestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e se desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em Saúde.
- **Alto Risco** – quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo, tais como IAM, AVC/AIT, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatia. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe de alto risco poderá ser trimestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na

UBS ou comunidade e, se desejo da pessoa, encaminhamento para ações de educação em Saúde coletivas.

QUADRO 3- Seguimento conforme risco

RISCO	SEGUIMENTO	ORIENTAÇÕES
Baixo Risco	Anual	Orientação sobre estilo de vida saudável.
Risco Intermediário	Semestral	Orientação sobre estilo de vida saudável. Encaminhamento para ações coletivas de educação em Saúde
Alto Risco	Trimestral	Orientação sobre estilo de vida saudável. Encaminhamento para ações coletivas de educação em Saúde

Fonte: BRASIL, 2014.

7.1.6 TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

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, envolve especialmente mudanças no estilo de vida (MEV) com destaque para (BRASIL, 2014; ROSSO et al., 2014; SÃO PAULO, 2016):

- Redução no uso de bebidas alcoólicas promove a redução discretamente da pressão arterial, promovendo redução de 3,3 mmHg (IC95%1: 2,5 – 4,1mmHg) em pressão sistólica e 2,0mmHg (IC95%: 1,5 – 2,6mmHg) em diastólica. Vale salientar que toda redução deve ser apontada como positiva. Em geral a ingestão diária não deve ser superior a 30 g de etanol para homens (duas latas de cerveja ou duas tacas de vinho). Para mulheres, considerar a metade da dose. Se fizer necessário encaminhar aos centros de referência.
- Substituição de anticoncepcionais hormonais orais por outros métodos contraceptivos promove a redução da pressão arterial em pacientes hipertensas.
- Adoção de hábitos saudáveis, como Alimentação com:

- Inclusão de pelo menos, cinco porções de frutas, legumes e verduras no plano alimentar diário, variando os tipos e cores consumidos durante a semana.
- Substituição de bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas por frutas in natura.
- Manter ingestão adequada de cálcio pelo uso de vegetais de folhas verdes escuras e produtos lácteos, de preferência, desnatados.
- Optar por alimentos com reduzido teor de gordura e, preferencialmente, do tipo mono ou poli insaturada, presentes nas fontes de origem vegetal, exceto azeite de dendê e coco, evitando gorduras tipo trans, saturada e colesterol.
- Estimular o consumo de alimentos ricos em potássio, se função renal permitir; pois estes alimentos promovem redução modesta da pressão arterial (feijões, ervilha, vegetais de cor verde-escura, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata-inglesa e laranja);
- Identificar formas saudáveis e prazerosas de preparo dos alimentos evitando frituras e dando preferência a assados, crus, grelhados.
- Estabelecer plano alimentar atendendo as exigências de uma alimentação saudável, do controle do peso corporal, das preferências pessoais e do poder aquisitivo do indivíduo e sua família.
- Reduzir a quantidade de sal no preparo dos alimentos e retirar o saleiro da mesa – Ingestão de até 5g de sal por dia; Restringir as fontes industrializadas de sal: temperos prontos, sopas, embutidos como salsicha linguiça, salame e mortadela, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacote, *fast food*. Dar preferência a temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, ao invés de similares industrializados
- Prática de atividade física regular que além de diminuir a pressão arterial, reduz o risco de doença arterial coronariana e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, promovendo o controle do peso. Portanto, a atividade física deve ser:
- Realizada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana (5), de forma contínua ou acumulada. O efeito

da atividade de intensidade moderada pode ser de forma acumulada sendo que os 30 minutos podem ser realizados em uma única sessão ou em duas sessões de 15 minutos (por exemplo: manhã e tarde) ou ainda, em três sessões de dez minutos (p.ex. manhã, tarde e noite).

- Controle do peso com a manutenção do peso corporal adequado com IMC até 25 (adultos) e 27 (idosos) e circunferência abdominal inferior a 102 homens e 88 mulheres.
- Cessação ou redução do tabagismo que pode diminuir rapidamente o risco de doenç a coronariana entre 35% e 40%

7.1.7 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO (MEDICAÇÃO DE MANUTENÇÃO)

O tratamento medicamentoso faz parte do plano terapêutico de cada usuário, dessa forma, a descontinuidade do mesmo poderá ser prejudicial ao acompanhamento da hipertensão (SÃO PAULO, 2016). Sendo assim, durante a consulta de enfermagem ao hipertenso, o enfermeiro poderá realizar a renovação/transcrição dos medicamentos contidos na REMUME Montes Claros dando continuidade ao plano terapêutico.

A indicação do tratamento medicamentoso anti-hipertensivo deverá ser a critério médico, de acordo com a necessidade de cada pessoa e com a avaliação de comorbidades, sendo de competência do enfermeiro a renovação/ transcrição das receitas durante a consulta de enfermagem nos casos de clientes com a pressão arterial controlada.

A tabela a seguir traz a lista de medicamentos anti-hipertensivos passíveis de terem receita renovada pelo **enfermeiro que atua nas unidades de atenção primária/ Estratégia Saúde da Família**, desde que todas as condições expressas neste documento sejam cumpridas.

QUADRO 4- Medicações com autorização para renovação pelo enfermeiro em clientes compensados e após prescrição médica.

MEDICAMENTO	DOSE MÁXIMA
ATENOLOL 50 e 100 mg	100 mg/dia
PROPRANOLOL 40 mg	240 mg/dia
HIDROCLOROTIAZIDA 25mg	50 mg/dia
FUROSEMIDA 40mg	80 mg/dia
ESPIRONOLACTONA 25mg	100 mg/dia
LOSARTANA 25 e 50mg	100 mg/dia
CARVEDILOL 12,5mg	50 mg/dia
METILDOPA	1500 mg/dia
ANLODIPINO, BESILATO 5mg	10 mg/dia
VERAPAMIL, CLORIDRATO 80mg	480 mg/dia
CAPTOPRIL 25mg	150 mg/dia
ENALAPRIL, MALEATO 10mg	40 mg/dia
AAS 100mg	100mg/dia

Fonte: Florianópolis, 2015.

O enfermeiro não deve retirar da receita uma medicação prescrita por profissional médico ou alterar a dose/posologia das medicações prescritas. Havendo questionamentos quando à necessidade de uso, reações adversas ou qualquer outro problema relacionado ao medicamento, o enfermeiro deverá discutir o caso com o médico da equipe (na ausência deste, outro médico da unidade/município deverá ser acionado) (FLORIANOPOLIS, 2015).

Crterios para Renovação de receitas pelo enfermeiro

Os critérios foram baseados no protocolo de Recepção Municipal (MONTES CLAROS, 2015), Florianópolis (2015)

- Mediante apresentação do cartão de hipertenso/diabético e última prescrição do **médico ou enfermeiro da equipe**.
- A última receita apresentada pelo usuário (ou existente no prontuário) não esteja vencida há mais de 30 dias.
- O paciente seja maior de 18 anos;
- Os níveis pressóricos recomendados para a manutenção da receita pelo enfermeiro deverão estar entre 100/60mmhg e 140/90mmhg. Caso a pressão estiver fora deste parâmetro o cliente deverá ser encaminhado para consulta médica.
- O paciente esteja presente à consulta e não apresente sintomas ou demandas que exijam avaliação médica imediata;
- O paciente não tenha histórico (registro no prontuário ou laudo médico) das seguintes comorbidades ou complicações (indicam necessidade de consultas médicas mais frequentes): insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) prévio, doença arterial periférica, neuropatias, insuficiência renal crônica;
- O paciente não tenha recebido atendimento de urgência por quadro relacionado a HAS/DM, desde a última avaliação médica na APS.
- Se o paciente possuir problemas cognitivos (mesmo que em decorrência de idade avançada), que o mesmo esteja acompanhado por responsável/cuidador.
- O enfermeiro, conjuntamente à renovação da receita de medicamentos, realize avaliação da pessoa, de maneira pertinente ao quadro, através de consulta de enfermagem e, caso seja necessário, encaminhe para consulta médica;

- O paciente deve ter função renal preservada, comprovada através de registro no prontuário de resultado de exame laboratorial com Clearance de creatinina maior ou igual a 90 ml/min

Durante a consulta de enfermagem, o enfermeiro, deve checar a adesão e os conhecimentos do usuário sobre o uso dos medicamentos prescritos e reforce as orientações de uso correto dos mesmos, incluindo orientações sobre dose, frequência de uso, interações medicamentosas e com alimentos, e possíveis efeitos colaterais;

O enfermeiro, no momento da consulta ou outra atividade relacionada, oriente e incentive medidas não medicamentosas (exercício, dieta, cessação do tabagismo, etc.) para o controle da doença de base, quando pertinente;

Valores pressóricos que permitem a Renovação/Transcrição pelo Enfermeiro

O paciente esteja com valores de pressão arterial igual ou menor aos estipulados abaixo:

Pacientes que não possuem diabetes mellitus:

- Com idade até 60 anos: menor ou igual a 140/90 mmHg;
- Com idade maior que 60 anos: menor ou igual a 150/90 mmHg;

Pacientes que possuam diabetes mellitus associada:

- Com retinopatia: 130/80 mmHg;
- Sem retinopatia: 140/80 mmHg.

7.1.8 URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA/ PSEUDO CRISE

A assistência de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS pode ser realizada por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), objetivando a educação em saúde para o autocuidado, ampliando o escopo do diagnóstico e do planejamento para além

da equipe de enfermagem, envolvendo a equipe multiprofissional nas ações desenvolvidas. (Resolução do COFEN no 358/15, de outubro de 2009).

A crise hipertensiva é caracterizada por uma elevação abrupta e sintomática da pressão arterial com risco de deterioração aguda de órgãos-alvo como rins, cérebro, coração, retina e vasos sanguíneos, podendo envolver risco de morte. As crises hipertensivas não são somente de uma hipertensão arterial não controlada, podendo ser ocasionada também pelos pré e pós-operatórios (ROSSO et al., 2014).

Na crise normalmente, a PA diastólica está acima de 120 mmHg, contudo a situação clínica é mais importante do que os valores propriamente ditos, as quais podem desencadear uma situação de urgência ou emergência clínica (ROSSO et al., 2014).

A **urgência hipertensiva** é caracterizada pelo aumento da PA, o cliente apresenta estabilidade clínica, não representa risco imediato de vida e nem dano agudo a órgãos-alvo, e o controle da PA poderá ser feito com a redução gradual em 24 horas.

Nas urgências, o aumento da pressão arterial está relacionado a sintomas como cefaléia, vertigem, agitação psicomotora, arritmias, epistaxe sem sinais agudos de lesões em órgãos-alvo ou risco eminente de vida (ROSSO et al., 2014; FLORIANOPOLIS, 2015).

A **emergência hipertensiva** caracteriza-se com o aumento da PA com quadro clínico grave, há progressiva lesão de órgãos-alvo e risco de morte requerendo internação, geralmente em unidades de terapia intensiva e uso de medicação intravenosa (ROSSO et al., 2014; FLORIANOPOLIS, 2015).

Essas **emergências** ocorrem com o aumento da pressão promovendo a presença de **sinais de deterioração em órgãos-alvo**, manifestada por sinais de déficit neurológico, dispneia, dor no peito, sinais progressivos de insuficiência renal, dentre outros, a depender do órgão-alvo afetado, além do risco imediato a vida (ROSSO et al., 2014).

O cuidado de **enfermagem** nas crises hipertensivas consiste em levantamento da história do paciente; realizar o exame físico; executar o tratamento prescrito; orientar e ensinar a manutenção da saúde ao paciente, quando possível, e a família; aconselhar a equipe de enfermagem para uma continuidade de tratamento e medidas vitais (ROSSO et al., 2014).

Nos serviços de Atenção Básica a pseudocrise ocorre com uma frequência muito maior e é uma situação que não se enquadra na classificação tradicional de urgência e emergência hipertensivas. Ela é apresentada como uma medida de PA elevada, associada a queixas vagas de cefaleia ou sintomas e sinais de ansiedade, sem sinais de comprometimento de órgão-alvo, e o tratamento deverá ser dirigido à causa da elevação arterial, como o uso de analgésicos na presença de cefaleia, de modo a evitar o risco de hipotensão e isquemia cerebral ou miocárdica e, muitas vezes pode refletir a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo ou uso de doses insuficientes, nessas situações o enfermeiro deve encaminhar para consulta médica (Brasil, 2012).

A pseudo crise hipertensiva oferece uma oportunidade para reforçar as medidas não medicamentosas e/ou otimizar o tratamento medicamentoso.

Cabe ao enfermeiro distinguir as situações de emergência hipertensiva e pseudocrise para realizar os devidos encaminhamentos em tempo oportuno. Em ambas as situações, o paciente deve ser encaminhado à consulta médica para avaliação.

SITUAÇÕES ESPECIAIS: Quando não houver um médico disponível imediatamente, pode-se utilizar o Captopril 25 mg, Via oral (**não sublingual**), e nos casos de urgência hipertensiva, agendar consulta medica em até 24 horas; nas emergências hipertensivas, providenciar a remoção do paciente para emergência (RIO DE JANEIRO, 2012).

8. REFERENCIAS

ADHB - Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em: <umahttp://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/montes-claros_mg> Acesso em: Setembro/2017.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n.16, p.39-52, fev. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Básica. *Rastreamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*.

CASTELLO BRANCO, M. L. G. Algumas considerações sobre a identificação das cidades médias. SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão. (org) Cidades médias: espaços em transição. São Paulo: Expressão Popular, 2007, p. 89-112.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução COFEN nº 242, de 31 de agosto de 2000. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 03 mar. 2017

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. *Guia para elaboração de protocolo assistencial de enfermagem para a atenção básica*. Belo Horizonte: 2012.

DUNCAN, B. B. et al. *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária em Evidencias*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FLORIANOPOLIS. Prefeitura Municipal. Protocolo de Enfermagem volume 1- Hipertensão Arterial, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares. Florianópolis, 2015. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude> acesso em 24/02/17

FONSECA, Gildette Soares; FERNANDES, Duval Magalhães. Montes Claros espaço de emigração e imigração intermunicipal na microrregião de Montes Claros. Trabalho apresentado no XVI Seminário sobre a Economia Mineira, realizado em Diamantina (Minas Gerais), de 16 a 20 de setembro de 2014. Disponível em: <<http://diamantina.cedeplar.ufmg.br/2014/site/arquivos/montes->

claros-espaco-de-emigracao-e-imigracao-intermunicipal-na-microrregiao-de-montes-claros.pdf> Acesso em: Agosto/2017.

FRANÇA, Iara Soares de. Indicadores sociais e econômicos para uma leitura do processo de fragmentação do espaço urbano e desigualdade social na cidade média de Montes Claros/MG. 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/jairo.nascimento.SMSAU/Downloads/51-100-1-SM.pdf> Acesso em: Agosto/2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <www.ibge.gov.br/> Acesso em: Agosto/2017.

IBGE-CIDADES. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/montes-claros/panorama> Acesso em: Agosto/2017.

MATTEI DA, TAGLIART MH, MORETTO EFS. O enfermeiro na equipe de saúde da família. *RECENF* v.11, n.3, p. 308-317, 2005.

MEC. Ministério da Educação. Portal do MEC. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/32962> Acesso em: Setembro/2017.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de assistência à saúde na rede municipal de Montes Claros - atenção básica*. Montes Claros, 2006.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*. Montes Claros, 2013.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*. Montes Claros, 2015.

MOREIRA, C. A. *Unidades promotoras de saúde/Manual de Implantação*. Minas Gerais, 2014.

PMMC. Prefeitura do Município de Montes Claros – Minas Gerais. Procuradoria Geral. Lei N.º 3.919, de 01 de Abril de 2008. POLÍTICA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. Disponível em: <
http://www.montesclaros.mg.gov.br/publica_legais/leis_pdf/leis-2008/abr-08/lei_3919_08.pdf> Acesso em: Agosto/2017.

ROSSO *et al.* *Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária a Saúde no Estado de Goiás*. ed. 02. Goiana, 2014.

Santos, Luíz Filipe Rodrigues dos; Santos, Maria Santana Silva; Santos, Thaís Pereira dos; Desigualdades socioeconômicas em Montes Claros-MG: breves apontamentos. V Congresso em Desenvolvimento Social, 2016. Disponível em: <http://www.congressods.com.br/anais/gt_02/DESIGUALDADES%20SOCIOECONOMICAS%20EM%20MONTES%20CLAROS.pdf> Acesso em: Setembro/2017.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. *Manual técnico: saúde do adulto*. 4. ed. São Paulo: SMS, 2016.

SMELTZER, Suzane C.; BARE, Brenda G. *Tratado de enfermagem medico cirúrgica* 9 ed. Guanabara koogan, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Revista Hipertensão*, [S.l.] v. 13, ano 13, jan./fev./mar. 2010.

SOUZA, M.T *et al.* *Revisão integrativa: o que é e como fazer*. Einstein. 2010, n.8, p.102-6.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços, tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

ANEXO**CONSULTA ENFERMAGEM AO PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA****História Clínica / Anamnese**

Nome: _____

Endereço: _____

Sexo: _____ idade: _____ raça/cor: _____

_____ escolaridade: _____ Pro

fissão/ocupação: _____ naturalidade: _____

_____ estado civil: _____ religião: _____ número

de filhos: _____

Perfil sócio-econômico: renda familiar: _____ tipo de moradia: _____ n^o de cômodos: _____ abastecimento de água _____ coleta de lixo _____

História atual: Quando surgiram e quais foram os primeiros sintomas da HAS _____

Há quanto tempo foi feito o diagnóstico pelo médico: _____

Hoje em dia como é a sua alimentação: _____

O tratamento continua o mesmo ou mudou com o tempo: _____

E _____ hoje _____ como _____ ele é: _____

Faz uso correto da medicação: _____ Já teve algum tipo de reação a algum medicamento usado _____

Consome algum outro tipo de medicamento (medicamentos ou drogas que podem elevar a PA ou interferir em seu tratamento ex. corticoesteróides, anti-inflamatórios, anorexígenos, anti-depressivos, hormônios) _____

Mantém atividade sexual: _____

Queixas atuais: sinais e sintomas sugestivos de lesão em órgão-alvo: tontura _____ cefaleia _____ alterações visuais _____ dor precordial _____, dispneia _____ parestesia _____ parestesias _____ edema _____ lesões de membros inferiores _____

Outras
Queixas _____

História familiar: Na família tem outros casos de HAS e outras doenças: DM, dislipidemia, doença renal, AVE, doença arterial coronariana prematura (h.<55 anos e m.<65 anos); morte prematura e súbita de familiares próximos _____

Perfil psicossocial: sintomas de depressão _____ ansiedade _____

como é a situação familiar: _____ Outras queixas _____

Fatores de risco/ Hábitos de vida: Fuma: _____ Quantos cigarros fuma em média por dia: _____ Está interessado em parar de fumar: _____ Usa álcool _____
Algum outro vício: _____ Como é seu sono: _____ Faz alguma atividade física: _____
Qual: _____

Exame Físico

Peso: ___Kg Altura: __, __m IMC: ___ Circunferência abdominal _____ PA: ___x ___mmhg Pulso radial ___bpm Pulso carotídeo: ___bpm FR: ___mpm FC: ___bpm T: ___C°

Cabeça

Couro cabeludo () limpo () com sujidade () íntegro () com lesão () alopecia () seborréia

Olhos

Acuidade visual () uso de lentes corretivas () sem alteração Presença de secreção () sim aspecto _____ () não Pupilas () simétricas () assimétricas Escleras () ictérica () anictérica Conjuntivas () normocoradas () hipocorada () hiperacorada

Cavidade Nasal

Secreção () sim aspecto _____ () não Congestão () sim () não Epistaxe () sim () não

Cavidade Oral

Mucosa: () corada () descorada () íntegra () com lesão Dentes: () dentição completa

() dentição incompleta com prótese () dentição incompleta sem prótese

Pescoço

Nódulos: () sim aspecto_____ () não Extase jugular () sim () não

Tireoide_____

Tórax

() simétrico () assimétrico () íntegro () com lesão Ausculta cardíaca:

Bulhas:_____

Ausculta respiratória () MV + () ruídos adventícios tipo _____

Abdomen

() plano () arredondado () protuso () flácido () distendido

() RHA+ () RHA – Palpação () sem alteração () com alteração qual?_____

Sistema reprodutor

() dismenorréia () presença de secreção vaginal/uretral aspecto_____

() alterações urinárias
Qual?_____

Último PCCU_____ Resultado_____

Última Mamografia_____ Resultado_____

Membros

Dor ()sim ()não edema ()sim ()não articulações capacidade de flexão ()
extensão () limitações de mobilidade () edemas () pés bolhas()
ferimentos () calosidades ()

() perfusão mantida () cianose () varizes no(s) membro(s) _____() locomoção
mantida () locomoção prejudicada Como?