



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Edvaldo Lisboa Santos

Atenção integral à saúde dos pacientes hipertensos da  
comunidade Padre Ulrico do município de Francisco  
Beltrão-PR: uma proposta de abordagem  
multiprofissional

Florianópolis, Março de 2016



Edvaldo Lisboa Santos

Atenção integral à saúde dos pacientes hipertensos da comunidade  
Padre Ulrico do município de Francisco Beltrão-PR: uma proposta  
de abordagem multiprofissional

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Erika Simas Ebsen  
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016



Edvaldo Lisboa Santos

Atenção integral à saúde dos pacientes hipertensos da comunidade Padre Ulrico do município de Francisco Beltrão-PR: uma proposta de abordagem multiprofissional

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Prof. Dr. Antonio Fernando Boing**  
Coordenador do Curso

---

**Erika Simas Ebsen**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016



# Resumo

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das maiores causas de consulta em serviços de Atenção Primária em Saúde (APS). Esta patologia é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. É responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE), por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal. O objetivo do projeto é construir e implementar, juntamente com a Equipe de Saúde da Família, um plano de ações com os profissionais de saúde para contribuir com a melhoria da atenção à saúde dos hipertensos da comunidade de Padre Ulrico, no município de Francisco Beltrão-PR. A metodologia adotada neste trabalho é o projeto-intervenção, que será realizado durante o ano de 2016, com usuários da atenção básica e profissionais de saúde. Esta metodologia fundamenta-se nas bases da pesquisa-ação, que é um tipo de pesquisa social realizada a partir da prática, com estreita associação com uma ação ou com a solução de um problema coletivo, onde as pessoas que idealizam a intervenção e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. O projeto de intervenção objetiva, como metodologia, transformar a realidade, a partir de identificação, cadastramento e estratificação dos pacientes hipertensos da comunidade Padre Ulrico, assim como a revitalização e manutenção dos grupos dos hipertensos e da qualificação dos profissionais da Unidade de Saúde e a organização do fluxo de atendimento da população hipertensa. Espera-se que este projeto possa contribuir para o aumento da qualidade de vida das pessoas portadores da HAS, reduzir as complicações biopsíquicas decorrentes desta patologia, bem como a redução da incidência de internações decorrentes da HAS.

**Palavras-chave:** Estratégia de Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde, Promoção da Saúde, Hipertensão



# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	13
2.1	<b>Objetivo Geral</b> . . . . .	13
2.2	<b>Objetivos Específicos</b> . . . . .	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	15
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	21
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	23
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	27



# 1 Introdução

O Bairro Padre Ulrico, localizado no município de Foz do Iguaçu, no estado do Paraná (IBGE, 2010), é um território complexo, devido sua forma de origem e expansão territorial e populacional. Surgiu a partir da grande enchente da década de 1980. Encontra-se dentro do complexo industrial do município, às margens da PR-180 e do Rio Marrecas. Sua população é constituída de trabalhadores, sendo mais da metade atuando informalmente, e uma grande maioria atuando no setor industrial, reciclagem de descartes, comércio e têxtil instalados no próprio bairro, como em outras localidades do município. Com baixa e média escolaridades se concentram grande percentual da população, quase que 30% da comunidade vive de projetos sociais governamentais. Há um fluxo de migração e emigração de moradores devido à instabilidade laborativa. O Bairro conta com supermercados, comércio, salões de beleza, farmácia, empresas têxteis, etc., ademais de possuir um Unidade de Saúde de Família composto de duas equipes de ESF e uma equipe de Saúde Bucal, duas Creches municipais, uma Escola Municipal, uma Escola Estadual, um Ginásio poliesportivo estadual, dois parques para a prática de esportes e lazer. Faz-se presente no bairro, diversas igrejas e grupos religiosos, predominando em grande maioria a religião Católica, Batista e Presbiteriana. Conta com uma associação de bairro atuante.

Com uma população de 4.315 habitantes, 1.259 famílias, segundo o (SIAB, 2015), sendo 2.223 (51,51%) pessoas do sexo feminino, e 2.092 (48,48%) do sexo masculino. Compondo uma faixa etária da seguinte forma: menores de 15 anos: 1.056 (24,47%), entre 15 e 59 anos: 2.833 (65,65%), e a partir dos 60 anos: 426 (9,87%),

A população por ser carente em sua grande maioria, tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como sua principal forma de porta de entrada para acesso dos serviços de saúde do SUS, sabendo que contamos no município com a presença da Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), Hospitais de nível secundário, Hospital de nível terciário, clínicas particulares de serviços e procedimentos que também atendem pelo Consórcio Municipal\SUS. A procura pelos serviços é grande, devido suas queixas de enfermidades crônicas e \ou agudas, sempre buscam o atendimento no SUS, devido à oferta dos serviços, procedimentos e produtos que se integram em forma de rede, contando com o agendamento na própria unidade de saúde.

Diante das múltiplas queixas que fazem buscar a ESF, todos os usuários passam por uma triagem e escuta qualificada para saber qual a necessidade objetiva e qual profissional ou serviço solicitados. Atendendo casos que vão desde urgências clínicas, consultas de seguimento, até mesmo informações sobre dias e locais de reuniões de grupos, entre outros. As consultas são agendadas nos casos seguindo os diferentes ciclos de vida e programas\estratégias preconizados pelo MS e também, ofertamos consultas por demanda espontânea. Dentre as queixas mais comuns, elencamos as seis principais que levam a co-

comunidade a saírem de suas casas são: (1) aparelho respiratório: 30,63%; (2) dor articular (em geral): 21,44%; (3) hipertensos descompensados: 17,28%; (4) dermatoses: 7,22%; (5) diabéticos descompensados: 5,68%; e (6) feridas Diversas: 3,93% (SIAB, 2015).

O índice de 8,9 em cada mil nascimentos registrado em 2014 é menor desde 2006, no município; e na comunidade Padre Ulrico, foram dois casos de óbitos neste ano. As causas de mortes das crianças com idades menor de um ano, ainda são casos de pneumonia, acidentes de trânsito, acidentes domésticos e malformações\doenças congênitas, como as mais relevantes. Fomenta-se uma campanha permanente para atualização vacinal infantil com uma cobertura real de 91% (SIAB, 2015).

A gestantes realizam suas consultas nas ESF na grande maioria, sendo uma minoria excepcional que realizam em consultórios particulares e outros convênios. Contamos com uma rede municipal, que são referenciadas as gestantes de médio e alto riscos obstétricos; tendo uma proporção de 0,82 que realizam de sete ou mais consultas durante o pré-natal, em um universo de 45 gestantes, cadastradas e não cadastradas.

Em relação à situação de morbidade hospitalar, se detectam as seguintes causas de óbitos da população em geral: IAM (Infarto Agudo do Miocárdio), Acidentes de Trânsito (Politraumatismos e TCEs), Doenças Ocupacionais (discapacitantes, deformantes), AVE (Acidente Vascular Encefálico), Violência Urbana, Neoplasias, Broncopneumonias\Bronquites, sendo as mais observadas. Entretanto, o que levam os idosos a internações, são: Neoplasias, Broncopneumonias\Bronquites, AVC, IAM, Violência em Geral, Acidente de Trânsito, Quedas (com fratura\s), Patologias do Sistema Osteomioarticular.

Um dos problemas mais comuns que chama tamanha atenção no dia-a-dia da ações de rotina da equipe de ESF-NASF, é a Hipertensão Arterial Sistêmica, se tornando umas das principais doenças crônicas não transmissíveis na comunidade, que consiste no registro de duas ou mais elevações intermitentes ou sustentadas da pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg, e\ou pressão arterial diastólica igual ou superior 90 mmHg, tendo uma prevalência na população adulta no Brasil entre 22,3% e 43%, já na Comunidade Padre Ulrico, contamos com uma prevalência de 18,79% (811 casos), abaixo da média nacional; sendo 40% de Baixo Risco, 35% de Risco Intermediário e 25% de Alto Risco. Se tornando umas das seis (06) causas de maior procura por atendimento na unidade de saúde, ocupando boa parte das ações da estratégia da saúde de família como: consultas de intercorrências, assim como consultas de seguimento com prévio agendamento, realizações de grupos de hipertensos, cadastramento no Hiperdia, e ações de visitas domiciliares para pacientes com sequelas importantes causados pelas complicações da hipertensão arterial (AVE, IAM, etc.). Podendo a hipertensão arterial sistêmica ser identificada, diagnosticada, estratificada e monitorada a partir de um prévio planejamento e organização intencional de ações multiprofissionais, intersetorial e interdisciplinar na própria unidade de saúde, permitindo um maior grau de governabilidade de intervenção nas ações que visem elevar a qualidade de vida das pessoas que padecem desta enfermidade, e também atuar nas

esferas da promoção em saúde na população em geral e prevenção da enfermidade com a população com fatores de risco identificadas. A Hipertensão Arterial Sistêmica e suas complicações se classifica como problemas atuais; terminais; de baixo controle e estruturados (BRASIL, 2013).

Este estudo é direcionado a melhoria de qualidade de vida da população da área de abrangência da ESF Padre Ulrico, não somente para diagnosticar, tratar e reabilitar, como também para atuar nas esferas da Promoção e Prevenção e forjar sujeitos atores do próprio processo das ações em saúde. É também direcionado a todos os membros da ESF\NASF para aprimorar o conhecimento e forjar um conjunto de ações organizadas, coordenadas, planejadas, resolutivas e de impacto, como preconiza o Ministério da Saúde dentro dos princípios e objetivos do SUS.

Devido os diversos desfechos que tem a Hipertensão Arterial Sistêmica e suas complicações, causando grandes impactos negativos de ordem econômico, social, laborativo, familiar, e também no próprio indivíduo, se faz necessário desenvolver ações que possam reverter esta situação.

Este projeto de intervenção na Hipertensão Arterial Sistêmica é possível de ser realizado, executado e factível de obtenção de resultados, devido que já é uma das estratégias preconizada pelo Governo Federal, a partir do Ministério da Saúde, na Pasta de Atenção Primária, já em execução na ESF, no caso em questão, ESF Padre Ulrico. E é de interesse da comunidade, da gestão e dos profissionais da saúde e outros setores, conforme portarias e atas criadas e justificadas os seus fins.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

- Elaborar um plano de ações com os profissionais de saúde para contribuir com a melhoria da atenção à saúde dos hipertensos da comunidade de Padre Ulrico, no município de Francisco Beltrão-PR, no ano de 2016.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Contribuir para a melhoria dos índices pressóricos dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica da comunidade de Padre Ulrico.
- Elaborar ações multiprofissionais de educação e promoção da saúde para melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica.
- Reduzir a morbimortalidade associada às complicações da hipertensão arterial sistêmica na comunidade de Padre Ulrico.



### 3 Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das maiores causas de consulta em serviços de Atenção Primária em Saúde (APS). A mudança no estilo de vida é parte fundamental na prevenção e no tratamento da hipertensão arterial sistêmica, sendo que a avaliação do risco cardiovascular é uma ferramenta importante na definição de metas e na instituição do tratamento. Pessoas com risco cardiovascular alto necessitam de intervenções agressivas e precoces (SBH, 2010).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se freqüentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (SBH, 2010).

A HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. É responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE), por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com a diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal. A Prevalência na população urbana adulta no Brasil varia de 22,3% a 43,9%, chegando a 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante a de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (SBH, 2010).

A avaliação da pessoa com hipertensão tem como objetivo detectar a presença de outros fatores de risco cardiovascular, assim como afastar a possibilidade de hipertensão secundária e da presença de lesões em órgãos-alvo. O cuidado deve ser sempre centrado na pessoa (GUSSO; LOPES, 2012).

Embora a hipertensão seja uma afecção crônica grave que se não tratada corretamente leva ao surgimento de complicações com comprometimento de órgãos importantes, na percepção do hipertenso sua doença não é grave, portanto, não necessitando de acompanhamento especializado. Essa percepção pode interferir diretamente na aderência ao tratamento. (Lima et al., 2014).

Dentre os fatores de risco para a HAS, estão: idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, e genética (BRASIL, 2013).

Existe relação direta e linear da pressão arterial (PA) com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos. Entre metalúrgicos do RJ e de SP a prevalência de HAS foi de 24,7% e a idade acima de 40 anos foi a variável

que determinou maior risco para esta condição. Quanto aos fatores de gênero e etnia, a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais levada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. Em relação a cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas. Não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil (BRASIL, 2013).

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m<sup>2</sup> no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA (BRASIL, 2013).

Quanto aos fatores dietéticos, a ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal, como os índios brasileiros Yanomami, não foram encontrados casos de HAS. Por outro lado, o efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido demonstrado. Já a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA, e a mortalidade cardiovascular em geral. Em populações brasileiras o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas (BRASIL, 2013).

A atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV. A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida, embora observe-se que no Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade. Quanto à contribuição de fatores genéticos, a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que possam ser utilizadas para prever o risco individual de se desenvolver HAS (BRASIL, 2013).

A classificação e o diagnóstico da HAS é realizado de acordo com os valores pressóricos obtidos no consultório, que pode assumir a pressão arterial em normotensão, PA limítrofe e hipertensão arterial sistêmica (Tabela 1) (SBC; SBH; SBN, 2010). A HAS também pode ser diagnosticada por meio da MRPA ou da Mapa. É importante destacar que quando as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Na primeira avaliação, as medidas de PA no consultório devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, deve-se utilizar como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes (D). O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica respectivamente 18 (D). Em cada consulta deverão ser realizadas pelo menos três medidas, sugere-se o intervalo de um minuto entre elas, embora esse aspecto seja controverso<sup>10,11</sup>. A média das duas

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos

<b>Classificação</b>	<b>Pressão sistólica (mmHg)</b>	<b>Pressão diastólica (mmHg)</b>
<b>Ótima</b>	< 120	< 80
<b>Normal</b>	< 130	< 85
<b>Limítrofe</b>	130 - 139	85 - 89
<b>Hipertensão estágio 1</b>	140 - 159	90 - 99
<b>Hipertensão estágio 2</b>	160 - 179	100 - 109
<b>Hipertensão estágio 3</b>	$\geq$ 180	$\geq$ 110

Tabela 2 – Recomendações para o seguimento: prazos máximos para reavaliação

Sistólica	Diastólica	Seguimento
< 130	< 85	Reavaliar em 1 ano. Estimular mudanças de estilo de vida
130 - 139	85 - 89	Reavaliar em 6 meses ***. Insistir em mudanças do estilo de vida.
140 - 159	90 - 99	Reavaliar em 2 meses ***. Considerar MAPA\MRPA
160 - 179	100 - 109	Confirmar em Reavaliar em 1 mês ***. Considerar MAPA\MRPA
> 180	> 110	Intervenção medicamentosa imediata ou reavaliar em 1 semana ***

ultimas deve ser considerada a PA real (D). Caso as pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas apresentem diferença maior que 4 mmHg, deverão ser realizadas novas medidas até que se obtenham medidas com diferença inferior (D). A posição recomendada para a medida da pressão arterial é a sentada. As medidas nas posições ortostática e supina devem ser feitas pelo menos na primeira avaliação em todos os indivíduos e em todas as avaliações em idosos, diabéticos, portadores de disautonomias, alcoolistas e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva(D). Novas orientações consideram a utilização da MAPA e da MRPA ferramenta importante na investigação de pacientes com suspeita de hipertensão. Recomenda-se, sempre que possível, a medida da PA fora do consultório para esclarecimento do diagnóstico, identificação da hipertensão do avental branco (HAB) e da hipertensão mascarada (HM) (D) (tabela 2).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2010), deve-se modificar o

esquema de seguimento de acordo com a condição clínica do paciente (\*). Caso as pressões diastólicas forem de estágios diferentes, o seguimento recomendado deve ser definido pelo maior nível de pressão (\*\*). Também, deve-se considerar intervenção de acordo com a situação clínica (fatores de risco maiores, doenças associadas e lesão em órgãos-alvo (\*\*\*)).

A Prevenção Primária da HAS compreendem: A-Medidas não-medicamentosas; B-Medidas medicamentosas; e C-Estratégias para implementação de medidas de prevenção.

Dentre as medidas não-medicamentosas, as mudanças no estilo de vida são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Mudanças de estilo de vida reduzem a PA bem como a mortalidade cardiovascular. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não-medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo (BRASIL, 2013).

Estudos foram realizados com o objetivo de avaliar a eficácia e a segurança de medicamentos na prevenção da HAS. A estratégia medicamentosa é tolerada e previne o desenvolvimento de HAS em populações jovens de alto risco. Para o manejo de indivíduos com comportamento limítrofe da PA recomenda-se considerar o tratamento medicamentoso apenas em condições de risco cardiovascular global alto ou muito alto. Até o presente, nenhum estudo já realizado tem poder suficiente para indicar um tratamento medicamentoso para indivíduos com PA limítrofe sem evidências de doença cardiovascular (BRANDÃO et al., 2010).

A implementação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência a saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde – SUS, enquanto o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde (SBH, 2010).

Os autores acreditam que esse modelo de educação permanente possa ser generalizado para os diversos países, assim como as medidas gerais do controle de fatores de risco que o programa propõe. Mesmo com a melhoria impressionante dos indicadores, os autores comentam que há muito a ser feito e descoberto em relação ao controle e à promoção da saúde de pessoas com HAS, já que um terço desta população mantém a sua hipertensão não controlada ou ainda, não diagnosticada (BRASIL, 2013).

No Canadá, houve uma mudança radical nos últimos 15 anos, pois, em 1992, a prevalência da HAS era de 17%, sendo que 68% não fazia tratamento para esse problema e 16% tinha a pressão arterial controlada (LEENEN et al., 2008). As pessoas com maior número de fatores de risco encontravam-se com melhor tratamento e controle. Um estudo

de prevalência e manejo dos hipertensos, realizado na província de Ontário e publicado em maio de 2008 (MOHAN; CAMPBELL, 2008), descreve uma prevalência de 22% da população geral com HAS, e 52% acima de 60 anos. Relata que 87% dos hipertensos foram diagnosticados, constituindo-se no local com melhor indicador mundial neste quesito (CAMPBELL et al., 2003). Os dados sobre a qualidade do acompanhamento surpreendem: 82% dos pacientes fazem tratamento e 66% têm a HAS controlada (BRASIL, 2013).

Os dados apresentados representam o topo mundial na qualidade do acompanhamento dos usuários hipertensos, entretanto, verificou-se que 15,7% dos pacientes fazem tratamento, mas não têm a HAS controlada. Essa importante melhoria no diagnóstico e no tratamento das pessoas com hipertensão é atribuída à implementação de um sistema de Saúde baseado na Atenção Básica e ao The Canadian Hypertension Education Program, um programa de educação permanente dirigido aos profissionais da AB (BRASIL, 2013).

Os autores acreditam que esse modelo de educação permanente possa ser generalizado para os diversos países, assim como as medidas gerais do controle de fatores de risco que o programa propõe. Mesmo com a melhoria impressionante dos indicadores, os autores comentam que há muito a ser feito e descoberto em relação ao controle e à promoção da saúde de pessoas com HAS, já que um terço desta população mantém a sua hipertensão não controlada ou ainda, não diagnosticada (BRASIL, 2013).

O segundo país com os melhores indicadores em relação ao diagnóstico, ao acompanhamento e ao controle da HAS é Cuba, visto que, em 16 anos, houve um decréscimo significativo da prevalência de HAS e um aumento do diagnóstico, do acompanhamento e do controle desse problema de saúde. Esse país apresenta uma prevalência de HAS de 20%, destes 78% são diagnosticados, 61% utilizam a medicação de forma regular e 40% têm a HAS controlada. Entre os usuários em acompanhamento regular na rede de Atenção Básica, o controle da HAS sobe para 65%. Há uma pequena diferença entre homens e mulheres (estas têm menores proporções de diagnóstico e controle), mas não houve diferenças em relação à etnia e à escolaridade (BRASIL, 2013).

Os indicadores cubanos superam os indicadores dos EUA, Inglaterra, Itália, Alemanha, Suécia e Espanha, e os bons resultados são atribuídos a vários fatores. O primeiro refere-se à organização do sistema de Saúde a partir da AB (ALDERMAN, 2006; ORDUÑEZ-GARCIA et al., 2006). O segundo é a implementação de uma política nacional de atenção à saúde, cujo principal objetivo, desde 2001, é diminuir os indicadores de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo de miocárdio (IAM) – os mais altos do planeta naquela época. Essa política foi sustentada por um protocolo de práticas, objetivos e metas a serem alcançados, um sistema de informação que permite avaliação constante e a participação significativa de profissionais não médicos no processo de acompanhamento dos hipertensos (BRASIL, 2013).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo

processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (BRASIL, 2013).

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão (BRASIL, 2013).

## 4 Metodologia

A metodologia adotada neste trabalho é o projeto-intervenção. Esta metodologia está fundamentada nas bases da pesquisa-ação, que é um tipo de pesquisa social realizada a partir da prática, com estreita associação com uma ação ou com a solução de um problema coletivo, onde as pessoas que idealizam a intervenção e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. No projeto de intervenção objetiva, como metodologia, transformar a realidade (THIOLLENT, 2005).

Para cada objetivo específico, foram elaboradas estratégias para atingi-los, especificando-se as ações, participantes, e recursos necessários e o prazo de execução.

Para atingir o primeiro objetivo específico, contribuir para a melhoria dos índices pressóricos dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica da comunidade de Padre Ulrico estabelecido neste projeto, serão realizadas as seguintes ações: (1) identificar e cadastrar os pacientes hipertensos no território da ESF Padre Ulrico, e (2) atualizar mensalmente o cadastro dos pacientes hipertensos da ESF Padre Ulrico. As ações serão realizadas no território de abrangência do ESF Padre Ulrico, utilizando-se o salão comunitário da Comunidade, a Sala de reunião de ESF e o Consultório Médico e de Enfermagem. Estas ações tem como público-alvo os pacientes hipertensos cadastrados e não cadastrados da comunidade. As informações serão extraídas da Ficha-A/SIAB/e-SUS. A operacionalização das ações será feita por todos os integrantes da Equipe da ESF e retaguarda dos profissionais do NASF, e contará com apoio da Associação de moradores local. As ações tem início previsto em 01/04/2016, com término em 30/12/2016.

O segundo objetivo - elaborar ações multiprofissionais de educação e promoção da saúde para melhorar a adesão ao tratamento da HAS, será operacionalizado por meio de: (1) formação e revitalização dos grupos de hipertensos na comunidade, e (2) realização de seminário de capacitação da ESF. As ações serão realizadas no território de abrangência do PSF Jardim Floresta, no salão comunitário local, e tem como público-alvo os profissionais da ESF e do NASF. Para tanto, serão utilizados materiais impressos explicativos e informativos do Ministério da Saúde e/ou secretaria de saúde municipal para capacitação da equipe. A ação será de responsabilidade dos membros da ESF e do NASF, contando com a colaboração líderes formais e informais da comunidade. As ações iniciarão em 30/03/2016 e tem prazo previsto para término em 31/05/2016.

Para atingir o terceiro objetivo específico - reduzir a morbimortalidade associada às complicações da hipertensão arterial sistêmica na comunidade de Padre Ulrico, estabelecido neste projeto, serão realizadas as seguintes ações: (1) organizar um sistema de acolhimento de escuta qualificada, humanizada e integral na Unidade de ESF, (2) realizar estratificação de risco nos pacientes hipertensos, e (3) realizar sistema de agendamento de pacientes hipertensos cadastrados na ESF Padre Ulrico. As ações serão realizadas na

estrutura da ESF Padre Ulrico, e serão de responsabilidade da ESF, contando com apoio dos profissionais do NASF. Estas ações destinam-se à equipe multidisciplinar da ESF Padre Ulrico, e contará com os seguintes recursos: profissionais capacitados na abordagem da HAS, material de papelaria e escritório, e o sistema municipal informatizado de coleta de dados. Esta etapa do projeto de intervenção terá início em 07/04/2016 e término em 29/07/2016.

## 5 Resultados Esperados

A avaliação dos resultados esperados será realizada segundo os indicadores descritos nas Tabelas 3 e 4.

É importante destacar que a avaliação é importante para que a equipe de saúde consiga verificar o alcance das ações, o que poderá requerer um novo planejamento ou estratégias para que se atinjam os objetivos inicialmente propostos.

Espera-se, ao final deste projeto de intervenção, que a elaboração de um plano de ações com os profissionais de saúde para contribuir com a melhoria da atenção à saúde dos hipertensos da comunidade de Padre Ulrico, no município de Francisco Beltrão-PR. Que traga também, a co-responsabilidade dos atores envolvidos neste processo de saúde-doença, formação de uma população consciente da consolidação do SUS mais eqüinime, humano e mais resolutivo, com uso racional dos recursos destinados a saúde; e da melhoria de qualidade de vida das pessoas, e pela construção de uma participação popular pelo controle social, como preconiza um dos princípios do Doutrinários do SUS. Além de outros resultados gerais que o projeto de intervenção possa, indiretamente, repercutir para a comunidade/equipe de saúde/profissionais/serviço de saúde/problema de saúde.

Tabela 3 – Avaliação dos resultados esperados do projeto de intervenção

<b>Objetivo específico</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Indicador de avaliação</b>	<b>Critérios</b>
Contribuir para a melhoria dos índices pressóricos dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica da comunidade de Padre Ulrico.	Ação 1 - Identificação e cadastramento de 90% dos pacientes hipertensos na ESF Padre Ulrico. Ação 2 - Atualização em 100% dos cadastros dos pacientes hipertensos da área de abrangência da ESF.	Os indicadores de avaliação são o número de pacientes identificados no sistema de acolhimento, triagem e consulta, e do número de fichas A preenchidos e atualizados.	Ação 1 - 90% dos pacientes hipertensos totalmente identificados e cadastrados. Ação 2 - 100% dos cadastros dos hipertensos atualizados.
Elaborar ações multiprofissionais de educação e promoção da saúde para melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica.	Ação 1 - Criação de mais um grupo de hipertensos, totalizando em 2 grupos na comunidade. Ação 2 - Realização de ações de manutenção e revitalização dos grupos de hipertensos na comunidade. Ação 3 - Capacitação e qualificação das ações da Equipe da ESF.	Os indicadores de avaliação são os registros das atividades de grupos e das assinaturas de presença da Equipe de ESF e dos participantes dos grupos de hipertensos.	Ação 1 - 100 % dos grupos de hipertensos em funcionamento. Ação 2 - 100% dos grupos realizados ações de manutenção e revitalização. Ação 3 - 100% dos profissionais da Equipe de ESF Padre Ulrico com participação em atividades de educação contínua e qualificados

Tabela 4 – Avaliação dos resultados esperados do projeto de intervenção

<b>Objetivo específico</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Indicador de avaliação</b>	<b>Critérios</b>
Reduzir a morbimortalidade associada às complicações da hipertensão arterial sistêmica na comunidade de Padre Ulrico.	<p>Ação 1 - Implantação do sistema de acolhimento de escuta qualificada, humanizada e integral na Unidade de ESF.</p> <p>Ação 2 - Estratificação em 100% dos pacientes hipertensos da ESF Padre Ulrico.</p> <p>Ação 3 - Implantação do sistema de agendamento dos pacientes hipertensos da ESF Padre Ulrico.</p>	<p>Ação 1 - Os indicadores de avaliação são os registros de dados e informações no sistema municipal de informatização, nos prontuários médicos e de enfermagem (informatizados e\ou não).</p> <p>Ação 2 - Registros da estratificação dos riscos dos pacientes hipertensos da ESF Padre Ulrico.</p> <p>Ação 3 - Registros de pacientes hipertensos cadastrados e não-cadastrados da ESF Padre Ulrico atendidos nas unidades de pronto atendimento e nos demais níveis de atenção à saúde (secundário e terciário).</p>	<p>Ação 1 - Mínimo de 85% do sistema de acolhimento de escuta qualificada, humanizada e integral em funcionamento.</p> <p>Ação 1 - 100% dos pacientes hipertensos estratificados.</p> <p>Ação 2 - Mínimo de 75% dos registros de pacientes hipertensos cadastrados e não-cadastrados da área de abrangência da ESF Padre Ulrico atendidos nas unidades de pronto atendimento e nos demais níveis de atenção à saúde (níveis secundários e terciários).</p> <p>Ação 3 - Mínimo de 75% de funcionamento do sistema de agendamento dos pacientes hipertensos da ESF Padre Ulrico.</p>



# Referências

BRANDÃO, A. A. et al. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *J. Bras. Nefrol.*, v. 32, n. 1, p. 1–4, 2010. Citado na página 18.

BRASIL. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2013. Citado 6 vezes nas páginas 11, 15, 16, 18, 19 e 20.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. *Tratado de medicina de família e comunidade*.: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. Citado na página 15.

IBGE, I. B. de Geografia e E. *Cidades*: Francisco Beltrão. 2010. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/8L4>>. Acesso em: 06 Jan. 2016. Citado na página 9.

SBC, S. B. de C.; SBH, S. B. de H.; SBN, S. B. de N. V diretrizes de monitorização ambulatorial da pressão arterial (mapa) e iii diretrizes de monitorização residencial de pressão arterial (mrpa). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 97, n. 3, p. 1–24, 2010. Citado na página 16.

SBH, S. B. de H. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Revista Hipertensão*, v. 13, n. 1, p. 1–68, 2010. Citado 3 vezes nas páginas 15, 17 e 18.

SIAB, S. de Informação da A. B. *Indicadores de Saúde da Unidade Básica de Saúde de Padre Ulrico*. 2015. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em: 22 Jul. 2015. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 10.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 2005. Citado na página 21.