



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Yamilka Saez Ayarde

Estratégias de saúde para redução de fatores de risco da  
Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade Básica de  
Saúde EIFRIDE MIGUEL do município de Piraquara -  
PR.

Florianópolis, Abril de 2017



Yamilka Saez Ayarde

Estratégias de saúde para redução de fatores de risco da  
Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade Básica de Saúde  
EIFRIDE MIGUEL do município de Piraquara - PR.

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: Adriana Eich Kuhnen  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017



Yamilka Saez Ayarde

Estratégias de saúde para redução de fatores de risco da  
Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade Básica de Saúde  
EIFRIDE MIGUEL do município de Piraquara - PR.

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

---

**Profa. Dra. Fátima Büchele**  
Coordenadora do Curso

---

**Adriana Eich Kuhnen**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017



# Resumo

**Introdução:** Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem elevada prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública. O controle adequado dos pacientes com HAS deve ser uma das prioridades da Atenção Básica partindo da premissa que o diagnóstico precoce, o controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos. Os principais fatores de risco para essas doenças são a hipertensão arterial, a dislipidemia, tabagismo e diabetes.

**Objetivo:** O objetivo deste projeto de intervenção é identificar os fatores de risco cardiovasculares que apresenta associação com a hipertensão arterial entre adultos da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Elfride Miguel Piraquara, Paraná, e implantar estratégias de saúde na redução de fatores de risco na hipertensão arterial sistêmica. Metodologia: O estudo é um projeto de intervenção desenvolvido na comunidade, envolvendo 250 hipertensos. Para abordagem dos pacientes será feito o cadastramento e a estratificação de risco cardiovascular pelo escore de Fra-minham, seguida de abordagem direcionada, com agendamento de consultas conforme prioridade, a procura dos usuários hipertensos pela unidade. **Resultados esperado:** Espera-se que a partir da implementação do plano de ação proposto ocorra a redução do número de fatores de risco na Hipertensão Arterial Sistêmica através da implantação de estratégias de saúde, diminuindo o número de pacientes de alto risco e aumentando a quantidade de pacientes categorizados de baixo risco. Sendo a hipertensão arterial uma enfermidade crônica para a qual não existe cura, mas com a possibilidade de prevenção e de controle efetivo, a adoção de medidas e ações adequadas de vigilância à saúde pelas Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode reduzir o impacto socioeconômico provocado por este agravo e contribuir para a melhoria na qualidade de vida da população.

**Palavras-chave:** Hipertensão arterial sistêmica, Intervenção educativa, Estratégias, Educação em saúde





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	13
2.1	Objetivo Geral: . . . . .	13
2.2	Objetivos Específicos: . . . . .	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	15
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	21
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	25
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	27



# 1 Introdução

Através da Estratégia Saúde da Família procuramos mudar a atenção e a assistência em saúde na atenção básica. Nesse sentido, uma alteração que se deseja é a substituição de uma assistência passiva, individualizada, curativa e, muitas vezes improvisada, por um cuidado que também pense na promoção de saúde, na prevenção de doenças e planeje e avalie suas ações. O processo de trabalho em equipe constitui-se em uma prática na qual é fundamental a comunicação entre os profissionais no exercício cotidiano do trabalho. Nesse sentido, a inserção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) acrescenta mais uma importante instância para tornar a Atenção Básica mais próxima do ideal de intervenções de saúde em uma perspectiva ampla e integral diante das necessidades dos usuários e das comunidades. O atendimento deve de ser integral e interdisciplinar, tendo como objetivo a atuação integral em saúde, é preciso que os profissionais da Atenção Básica realizem o trabalho de forma integrada. Nossa comunidade encontrasse localizada na área de Guarituba do município Piraquara, Curitiba, Paraná. Existem os conselhos comunitários que fazem reunião uma vez cada três meses; e entidades representativas da comunidade e às lideranças comunitárias; estão representadas por líderes comunitários formais onde a presidenta do conselho comunitário se relaciona diretamente com o posto de saúde, sendo a administradora geral do mesmo. Existem serviços públicos do bairro: educação, saúde e assistência social. Existem quatro escolas em toda a área de diferentes níveis de ensino, mais de seis igrejas que profetizam diferentes religiões, lugares destinados ao lazer onde se destaca um campo de futebol e ginásios ao ar livre , existem áreas de vulnerabilidade social, como tráfico de drogas, risco de acidentes de trânsito, tem áreas com lixo, áreas de rios. Existe baixa renda familiar por volta de um salário mínimo em aproximadamente mais do 80 % das famílias. As famílias são beneficiárias de algum programa social (BOLSA FAMILIA 348, PROGRAMA ESTADUAL LEITE DAS CRIANÇAS (6M A 3 ANOS), CURSOS PROFISSIONALIZANTES PARA ADOLESCENTES (MUNICIPAL). O índice de analfabetismo fica perto do 4%, com um nível geral de ensino fundamental e médio, o saneamento básico no bairro é o abastecimento de água por REDE PUBLICA 99,60%, 99% SIST DE ESGOTO é encanado pelo sistema público. O recolhimento de lixo é realizado três vezes por semana. As condições de moradias são 80,35% são de alvenaria, 15,7% madeira. Também há outros centros de apoio à saúde como CAPS II e Centro de juventude, dentro da área tem 3 postos de saúde, eu trabalho no posto chamado Elfride De Oliveira Miguel, com uma população de 4037 pessoas, com 789 famílias com 2341 femininas e 1696 masculinos. Neste momento 15 gestantes acompanhadas por meio de consultas e visitas domiciliares, 72 crianças menores de 2 anos acompanhadas,38 crianças menores de 1 ano acompanhadas, 11 crianças menores de 6 meses acompanhadas, número de crianças com aleitamento materno exclusivo menores de

6 meses 10, menores de 1 ano com vacinas ao dia 37, com uma prevalência na atualidade de hipertensão arterial sistêmica de 457 e de diabetes mellitus de 164 que recebem a visita domiciliar do agente comunitário de saúde mensalmente para acompanhamento dos valores de referência de pressão arterial e diabetes. As queixas mais comuns pela população são 43% hipertensão arterial, 33% diabetes mellitus, 5% saúde mental, 3% asma brônquica, 4% obesidade isolada ou como co-morbilidade de hipertensão e diabetes, em minha equipe de saúde programamos os atendimentos de acordo com a demanda, priorizando o agendamento para os pacientes com doenças crônicas e os agentes comunitários visitam as casas de pacientes doentes para prevenir as complicações associadas às doenças crônicas tanto hipertensão quanto diabetes mellitus. No plano da saúde materno-infantil não houve óbitos em crianças menores de um ano, o esquema de vacinação está atualizado, todas as gestantes tiveram mais controles durante o pré-natal, nós fazemos consulta e acompanhamento tanto no posto de saúde quanto nas visitas domiciliares, as causas mais frequentes de morte na comunidade são, infarto agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares, cânceres, pneumonias em pacientes acamados, as causas de internações mais frequentes são doenças cardiovasculares, emergências hipertensivas, diabetes mellitus descontroladas com complicações associadas, outras doenças que estão afetando a comunidade são as diarreias pelo consumo de água de torneira e maus hábitos higiênicos-dietéticos. O problema a ser trabalhado em meu projeto de intervenção é o **ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM HIPERTENSAO ARTERIAL NA UBS ELFRIDE MIGUEL Município PIRAQUARA, Paraná**. Justificativa: A identificação dos vários fatores de risco para hipertensão arterial colabora muito para os avanços na epidemiologia cardiovascular, visto que a hipertensão arterial é um importante fator de risco para essas doenças, e conseqüentemente, nas medidas preventivas e terapêuticas dos altos índices pressóricos, que abarcam os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. Algumas ações como a redução do peso corporal, a restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física vem se confirmando como estratégias eficazes no combate à hipertensão. O projeto proposto pretende expor o problema da hipertensão em adultos e este poderá contribuir e servir de alerta para que os profissionais de saúde e de outras áreas possam tomar atitudes e propor ações sistemáticas para fazer o diagnóstico precoce evitando complicações futuras consecutivas à instalação da doença crônica. O estudo deste tema é importante para toda nossa comunidade, para todos os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sobre todo para todos os pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica. Este tema é importante devido ao aumento da incidência e prevalência de hipertensos que temos em nossa área de abrangência, o desconhecimento sobre os fatores de risco atribuíveis à doença, neste sentido realizaremos atividades de prevenção e promoção em saúde sobre as DCNT ou seja fazer trabalho contínuo de educação para a saúde ensinando quais são os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento da doença, ações de prevenção e promoção

---

dessas doenças e outra coisa muito importante é a atualização do tema de hipertensão arterial sistêmica, Dessa forma os profissionais de saúde, amplia-se e aprofunda-se nos conhecimentos sobre os fatores de risco associados à hipertensão, para que possam promover ações educativas, intervenções, esclarecimentos e conscientização da população em geral. Principalmente, sobre estilos de vida saudáveis, verificando a efetividade de programas no controle da hipertensão e, diminuição ou remoção dos fatores de risco associados a ela. Meu objetivo é que aconteçam essas mudanças na vida dos hipertensos, a doença pode ser controlada com tratamento não farmacológico que inclui a restrição de alimentos ricos em sódio, lipídios e carboidratos simples, abandono do tabagismo e de consumo de bebidas alcoólicas, controle do peso e do estresse, a realização de atividade física e ainda o aumento da ingestão de potássio, controle das dislipidemias, suplementação de cálcio e magnésio e atividade anti estresse, aqui é imprescindível o envolvimento dos profissionais de saúde, cabendo a todos abordar aspectos de prevenção e de promoção à saúde, prestar informações ao público, implementar programas educativos e avalia-los periodicamente, visando à melhoria das ações desenvolvidas e a adequação das mesmas as novas realidades, além de desenvolver pesquisas sobre a prevenção e o controle da hipertensão arterial. Quando ocorre este trabalho interdisciplinar a atenção à saúde ocorre de forma eficaz. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos ou mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que em cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. É considerada hipertensão, a pressão arterial acima de 140/90 mmhg (milímetros de mercúrio) em adultos com mais de 18 anos. Elevações ocasionais da pressão podem ocorrer com exercícios físicos, nervosismo, preocupações, alimentos, fumo, álcool e café. Pode ser modificada pela variação do volume de sangue e sua viscosidade, da frequência cardíaca (batimentos cardíacos por minuto) e da elasticidade dos vasos. Os estímulos hormonais e nervosos que regulam a resistência sanguínea sofrem a influência pessoal e ambiental. A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Estima-se que as doenças cardiovasculares (DCV) sejam a causa principal de mortalidade no mundo e no Brasil. Segundo vários estudos as DCV estão ligadas a genética, estilo de vida (dieta inadequada, sedentarismo) e qualidade de vida, sendo estes, seus principais fatores de risco. A Hipertensão Arterial Sistêmica tornou-se uma problemática para a saúde pública mundial devido sua alta incidência e associação com as DCV. Porém, a grande incidência da doença nos últimos anos implicou-se no aumento de pesquisas sobre os fatores de risco cardiovascular. Com isso, objetivou-se realizar a análise dos fatores de risco cardiovascular na hipertensão arterial sistêmica (HAS). A HAS é uma doença crônica, na maioria das vezes assintomática e constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas e comprometimento da funcionalidade de outros órgãos. Seu

controle é geralmente insatisfatório. Dentre os principais fatores que determinam um controle baixo da HAS está a baixa adesão ao tratamento por parte dos pacientes que ocorre frequentemente quando as ações são executadas por um único profissional de saúde, tradicionalmente o médico. A equipe multidisciplinar e o tratamento sistematizado propiciarão uma abordagem mais ampla com muitas informações importantes ao hipertenso e a comunidade ajudando-os na incorporação hábitos saudáveis e atitudes efetivas e definitivas para o controle da hipertensão. Mesmo com as ações realizadas pela equipe constata-se que não existe um registro sistematizado e um controle no atendimento ao paciente hipertenso sendo observada uma falta de registro de acompanhamento desse grupo que tem uma alta prevalência na comunidade. Apesar desta alta prevalência pensamos que ainda existe um sub-diagnóstico de hipertensão arterial na comunidade. Este é um fato preocupante e importante que merece um estudo deste tema. Minha proposta justifica-se uma vez que a hipertensão arterial é a morbidade mais prevalente. A HAS constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas e comprometimento da funcionalidade de outros órgãos e seu controle está intimamente relacionada ao grau de adesão do paciente ao tratamento medicamentoso, associado à dieta, exercício físico e comprometimento da família no acompanhamento do paciente e ao suporte oferecido pela equipe de saúde no acompanhamento e avaliação periódica deste paciente. Uma das maneiras mais eficientes para estimular a adesão ao tratamento da hipertensão arterial é a Educação em Saúde. Pretende-se com a implementação da sistematização do atendimento ao paciente hipertenso possibilitar o acompanhamento e o controle dos pacientes com hipertensão e o planejamento de atividades educativas

## 2 Objetivos

### 2.1 **Objetivo Geral:**

Identificar os fatores de risco cardiovasculares que apresenta associação com a hipertensão arterial entre adultos da UBS de Elfride Miguel Piraquara, Paraná.

### 2.2 **Objetivos Específicos:**

Elaborar estratégias para minimizar os riscos cardiovasculares dos pacientes hipertensos.

Identificar os fatores que dificultam o controle da Hipertensão Arterial por seus portadores.

Caracterizar os hipertensos da comunidade através de entrevistas (sexo, idade e perfil socioeconômico).

Identificar os fatores de risco cardiovasculares e hábitos de vida dos pacientes Hipertensos da comunidade (tabagismo, consumo de álcool, obesidade, dieta, histórico familiar de hipertensão, nível de atividade física) através de estratégias de educação continuada (encontros, rodas de conversa, durante as consultas).





### 3 Revisão da Literatura

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. É uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). A hipertensão é considerada uma doença assintomática de evolução clínica lenta que sem um tratamento adequado, pode ter consequências graves, comprometendo a qualidade de vida do portador. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento no risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, como doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica, insuficiência renal e insuficiência cardíaca congestiva, dentre outras (SAÚDE, 2017) (SBC, 2010b)

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais e tal número é crescente. Seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças e apresentada pela morbimortalidade devida a essa patologia é muito alta e por tudo isso a hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública mundialmente (SAÚDE, 2006) (SILVA, 2014).

No âmbito mundial, inclusive neste país, as doenças cardiovasculares (DCV) constituem a primeira causa de morbimortalidade em adultos em relação a qualquer outra causa e cada vez mais pessoas morrem anualmente por estas doenças, uma delas é a hipertensão arterial sistêmica (HAS) que por sua vez, multiplica o risco para o desenvolvimento de outras Doenças Cardiovasculares (DCV). Portanto é um importante fator de risco a ser considerado na morbimortalidade cardiovascular. Na assistência ao portador de HAS, as ações de saúde devem contemplar a abordagem para redução dos fatores de risco para as DCV por meio de uma terapêutica medicamentosa e mudanças no estilo de vida (PESSUTO, 2008) (SILVA, 2014).

O sucesso para o controle dos fatores mencionados dependem da adesão do paciente e, para isso, a equipe de saúde deve utilizar a educação em saúde como ferramenta principal, além das consultas individuais. Todas essas intervenções devem ser realizadas no primeiro nível de atenção a saúde, especificamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ela por sua conformação e processo de trabalho pressupõe um vínculo com a comunidade e usuários e melhores condições para controle dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, pela natureza multidisciplinar dos atendimentos (PESSUTO, 2008). Quanto ao atendimento clínico, as diretrizes e os protocolos para tratamento da HAS recomendam a avaliação do risco cardiovascular em hipertensos e uma forma de classificá-lo e a utilização de algoritmos, sendo o modelo de Framingham recomendado pelas diretrizes brasileiras. O estudo de Framingham, iniciado em 1948, teve como objetivo investigar

os fatores de risco para as doenças do coração, pois foi uma época de transição epidemiológica em que a mortalidade e a incidência da DCV aumentavam progressivamente e pouco se conhecia sobre seus fatores de risco e fisiopatologia (SBC, 2007).

A hipertensão arterial é uma doença de alta prevalência, que acomete 35% da população brasileira acima dos 40 anos. Quando não tratada de maneira adequada, tem importante repercussão na qualidade de vida dos indivíduos acometidos (SBC, 2010b). A hipertensão arterial é causa de lesões em órgãos-alvo, como o cérebro (acidente vascular encefálico), o coração (hipertrofia miocárdica, infarto do miocárdio), e, como via final, a miocardiopatia dilatada, comprometimento das artérias de extremidades, dos vasos da retina (até cegueira) e os rins (insuficiência renal crônica). A hipertrofia ventricular esquerda (HVE) induzida pela hipertensão arterial é um fator independente de risco cardiovascular. A ocorrência de eventos como insuficiência cardíaca, doença coronária, insuficiência renal e acidente vascular encefálico é maior em pacientes hipertensos com HVE quando comparados aos demais hipertensos, estando também relacionada ao aumento de arritmias e morte súbita, proporcional ao grau de hipertrofia. Além disso, independentemente da presença de HVE, as alterações da função diastólica podem ser consideradas algumas das anormalidades mais precoces da disfunção miocárdica. Já o infarto do miocárdio, com conseqüente necrose, pode evoluir com diferentes níveis de seqüela e limitação funcional, chegando a restrições importantes da capacidade física. Na última década, as doenças cardiovasculares foram a terceira causa de internação no Sistema Único de Saúde (SUS) e a primeira causa de gastos com saúde (SAÚDE, 2006).

O controle adequado da pressão arterial em indivíduos hipertensos é a principal estratégia para prevenção das complicações cardiovasculares da doença (SAÚDE, 2017).

Do ponto de vista da educação nas profissões da saúde, as diretrizes curriculares nacionais de 2001 para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Nutrição reforçam e estimulam a formação de profissionais que sejam capazes de atender de forma adequada a demanda local e regional do SUS, particularmente na Atenção Primária, local de atendimento preferencial dos indivíduos portadores de hipertensão arterial. Preconizam que o eixo do desenvolvimento curricular atenda “as necessidades de saúde mais frequentes, referidas pela comunidade e identificadas pelo setor saúde, utilizando metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência” (SILVA, 2014), (C.A.M., 2011) Assim o entendimento da fisiopatologia e das repercussões causadas pela hipertensão arterial irá influenciar e modificar as condutas adotadas por profissionais de saúde, melhorando o prognóstico dos pacientes a quem prestam assistência. Para isso, além do suporte para a formação do profissional, o constante avanço tecnológico vem auxiliando a medicina por meio de métodos diagnósticos e de tratamento, oferecendo ferramentas de trabalho que podem ser relevantes para a formação de profissionais capacitados (C.A.M., 2011)

---

Segundo o Ministério da Saúde (SAÚDE, 2006) a hipertensão arterial é uma doença crônica, não transmissível, de natureza multifatorial assintomática, na grande maioria dos casos, que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vaso- constritores, levando a um aumento da tensão sanguínea nos vasos, capaz de comprometer a irrigação tecidual e provocar danos aos órgãos por eles irrigados. A hipertensão arterial sistêmica é uma das doenças que cada vez mais acomete um maior número de pessoas e que pode levar às complicações cardiovasculares resultando em óbito. Apesar do fácil diagnóstico e dos avanços expressivos na produção de novos medicamentos na indústria farmacêutica. Embora um problema de saúde pública percebe-se que ainda há um número elevado de indivíduos hipertensos não tratados ou tratados inadequadamente (JARAMILLO, 2014).

Por se tratar de uma doença “silenciosa”, ou seja, em muitos casos assintomáticos faz com que o paciente não reconheça ser um risco potencial para as doenças cardiovasculares e que necessita mudanças no estilo de vida associado ao uso correto da medicação (SBC, 2010a) (SAÚDE, 2006).

Em termos epidemiológicos a hipertensão arterial traz consequências negativas quanto ao aumento no quadro de morbidade e mortalidade nas doenças cardiovasculares (SBC, 2010a). Abordar a Hipertensão Arterial (H.A.) como grave problema de Saúde Pública implica na busca para conhecer as dificuldades de cunho psicossocial, econômico, biológico e cultural que envolve os seus portadores. Entender tais dificuldades torna-se relevante, principalmente ao articulá-las às condições de produção de conhecimento sobre a doença no imaginário social. O conhecimento possibilita a identificação de experiências vivenciadas pelos portadores, familiares e profissionais de saúde em relação à doença (PESSUTO, 2008)

Os programas sociais e de saúde do governo para hipertensão devem contemplar as classes sociais de menor poder aquisitivo e de baixa escolaridade. Embora o acesso aos serviços de saúde seja mais fácil ao público de maior renda. Sabe-se que há maior adesão entre os mais educados e de melhor escolaridade, pois aceitam as medidas de promoção e proteção à saúde mais facilmente. Para aderir às orientações desse porte é necessário um bom nível de escolaridade e renda, um adequado conhecimento da doença e rigorosa autodisciplina do paciente (SAÚDE, 2006) (SBC, 2010b).

As mudanças na forma de viver, no entendimento relativo ao processo saúde/doença é necessário considerar que cada indivíduo, com base em experiências pessoais, manifesta concepções sobre este processo, as quais apresentam estreita relação com suas crenças e pensamentos. Estudando as representações sociais da Hipertensão Arterial sobre a doença refere que mulheres portadoras não se consideram doentes, pois, na concepção dessas mulheres, consiste na incapacidade de continuarem executando suas tarefas domésticas, os cuidados com os filhos e familiares (SAÚDE, 2017).

Portanto, as representações sociais da Hipertensão Arterial constituem fator impor-

tante para o controle da doença. Os profissionais de saúde devem fortalecer a educação e saúde, incentivar o autocuidado dos pacientes para os mesmos obterem uma melhor qualidade de vida. Com atenção para o estilo de vida individual e para contextos culturais em que vivem. Dentre os fatores que interferem na adesão ao tratamento estão a idade do paciente, sexo, nível social e econômico, hábitos de vida e culturais entre outros (C.A.M., 2011). Em igual importância encontra-se o acesso aos serviços de saúde e especialidades médicas, o ambiente em que convivem com familiares ou seus cuidadores e as possibilidades para a prática de exercícios no ambiente em que vivem (PESSUTO, 2008).

A partir da educação do paciente para o autocuidado espera-se a redução de sequelas, o fortalecimento dos recursos do paciente em saúde, bem como, maior adesão do mesmo ao tratamento. Além do alcance nas metas dos níveis tensionais adequados, modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Uma alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, o controle do peso, a prática de atividade física, o tabagismo e o uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial. Os fatores de risco relacionados ao portador como a idade, a hereditariedade, sexo e raça são considerados incontroláveis por ter a componente familiar genético, afetando mais intensamente os homens. A situação se inverte quando as mulheres chegam à menopausa e/ou à terceira idade, período em que a doença apresenta maiores prevalências nesse grupo (JARAMILLO, 2014).

Os fatores controláveis ligados ao estilo e a qualidade de vida, bem como os hábitos, em geral, as pressões e os desgastes físico-psicológicos, o tabagismo, a alimentação inadequada, o sedentarismo, a elevação das triglicérides, do colesterol sérico, a obesidade e o diabetes mellitus (DM) exercem também grande influência no controle da doença (C.A.M., 2011). Os aspectos psicossociais, em geral, estão relacionados às crenças sobre a doença, à modificação dos hábitos e costumes necessários à convivência de seus portadores no âmbito sócio familiar (SAÚDE, 2006).

Ressalta-se que outros aspectos também são decisivos nesse processo de mudança, como a oferta de serviços de saúde à população, a condição socioeconômica e as desigualdades sociais, que agem coletivamente na saúde da população (SILVA, 2014). Apesar dessas evidências, hoje, incontestáveis, esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado. Apesar da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial. Uma reforça a outra e são complementares (RAYMUNDO, 2014).

Levando-se em conta todos esses fatores intimamente relacionados, é de fundamental importância a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estraté-

---

gias diversas-individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos. A busca pelo controle da HAS com vistas a reduzir as taxas de complicações e de morbidade tem sido uma preocupação dos órgãos internacionais e nacionais e das sociedades científicas nas últimas décadas. As iniciativas provenientes desses órgãos resultaram no diagnóstico precoce da HAS e na adoção de tratamento para o controle da doença. Nesse contexto, é importante resgatar tais iniciativas, mesmo que seja de forma sucinta, para compreender as linhas de cuidado que se propõem na atenção as pessoas com HAS (SBC, 2010b).

A Declaração de Alma-Ata em 1978, aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), marca um repensar nas ações em saúde ao reconhecer que, para o alcance de seu objetivo, “Saúde para todos no ano 2000,” recomendava a atuação da medicina tradicional junto à medicina científica. Ela reconhece como recursos humanos para responder às necessidades expressas de saúde da comunidade de a parteira, os auxiliares, os agentes comunitários e os praticantes tradicionais (SAÚDE, 2006). Essa declaração constituiu um marco para as mudanças do setor de saúde que culminou na criação do SUS, pelo Ministério da Saúde, conforme Lei nº 8080 de 1990. O SUS é uma política garantida na Constituição Federal, que estabelece a saúde como um dever do Estado e um direito do cidadão, garantindo o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (SAÚDE, 2017). Novos paradigmas foram estabelecidos para o processo saúde-doença, com repercussões na organização dos serviços de saúde, nas concepções de promoção à saúde, na prevenção de agravos e de tratamento. (PESSUTO, 2008).

A Campanha Nacional para Detecção de Suspeitos de Hipertensão Arterial e Promoção de Hábitos Saudáveis de Vida, desenvolvida em 2002, constitui um marco na atenção à HAS, pois sua ação fundamental era descobrir e vincular às unidades básicas de saúde os novos casos dessa doença. A partir da Portaria nº 1575 de 2002 do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, tem se desenvolvido em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), com o objetivo de combater o tabagismo, o que corrobora para reduzir as taxas de HAS (SAÚDE, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica, foi a única iniciativa a valorizar o sujeito na sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural. Esse é um dos aspectos mais relevantes, uma vez que a saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que faz no seu dia a dia, onde elas aprendem, trabalham, divertem-se. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida. Tal desafio é sobretudo da Atenção Básica, notadamente da Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrito, levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. A motivação pelo tema do estudo surgiu então, de minha experiência profissional, assistindo

portadores de HA, como Médico do Programa Saúde da Família (P. S. F) desde 2013, período em que realizei e ainda realizo ações educativas, consulta médica, reuniões e visitas domiciliares voltadas ao controle da doença. Esta experiência possibilitou-me observar empiricamente, que os portadores não percebem a HA como doença, mas, em geral, encaram-na como mal-estar passageiro, embora sejam conscientes dos riscos de morte e das sequelas incapacitantes(SAÚDE, 2017)(SAÚDE, 2006)

## 4 Metodologia

Trata-se de um estudo longitudinal, de intervenção ser aplicado na Unidade Básica de Saúde (UBS) ELFRIDE MIGUEL, no município de Piraquara, Paraná, para implantar estratégias de saúde na redução de fatores de risco na hipertensão arterial sistêmica.

População alvo: São os hipertensos cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da Unidade Básica de Saúde (UBS) ELFRIDE MIGUEL.

O período do estudo será de junho a dezembro de 2015. A população amostrada para o estudo será de 250 pacientes. Critérios de inclusão do paciente: • Todos aqueles atendidos na unidade de ELFRIDE MIGUEL com diagnóstico de hipertensão independentemente da idade e sexo. • Aqueles que concordarem em participar do estudo. • Aqueles sem decências mentais. • Os que no período de estudo receberem diagnóstico de hipertensão. Critérios de exclusão dos pacientes: • Aqueles que não aceitarem participar do estudo. • Pessoas restritas ao leito. • Aqueles com decência mental em acompanhamento. As informações necessárias para conhecer o perfil dos pacientes serão obtidas no sistema de informação da atenção básica para a codificação das diferentes variáveis. Idade, sexo, alimentação, tabagismo, etilismo, obesidade, histórico familiar, nível de atividade física, perl socioeconômico. Para abordagem dos pacientes hipertensos, a proposta inicial é a realização da estratificação de risco cardiovascular de todos esses usuários. No levantamento para a classificação dos pacientes, será utilizada a escala de risco de Framingham revisada de acordo (SBC, 2010a). Ela consiste em um algo- ritmo de risco multivariado que incorpora os fatores de risco das doenças cardiovasculares (DCV) que podem ser utilizadas na atenção primária de saúde (APS) para estimar o risco individual dos pacientes de desenvolver as DCV. Tal algoritmo se estende e se expande na formulação de risco geral de DCV anterior, em relação a primeira escala de risco de Framingham, com base em um número maior de eventos, incorpora HDL colesterol e estima o risco de DCV absoluta, de acordo com a escala modificada (SBC, 2010a).

A estratificação do paciente no critério de risco será realizada durante a procura dos usuários hipertensos pela unidade, seja para consulta, troca de receita ou outros, e também pela busca ativa dos outros pacientes sabidamente hipertensos ou portadores de fatores de risco, pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's). Será utilizado o cadastro, disponível no programa hiperdia denominada " Cadastro do hipertenso e ou Diabético". Os fatores de risco avaliados serão os necessários para possibilitar a estra- tificação de risco pela escala de Framingham revisada: idade, HDL colesterol, colesterol total, níveis pressóricos, tabagismo e acompanhamento dos níveis de glicose. A avaliação laboratorial deve car a critério médico e os exames serão solicitados a cada 3 meses. Realizar as dosagens sempre que possível no mesmo laboratório para tentar minimizar o efeito da variabilidade analítica. Evitar a ingestão de álcool nas 72h que antecederem a coleta do sangue. Nenhuma

atividade física vigorosa deve ser realizada nas 24h que antecedem o exame. As avaliações acontecerão a cada três meses e realizada pelo medico autor do estudo. Durante o cadastramento, os ACS's juntamente com a técnica de enfermagem preencherão os dados de identificação e antropométricos. O médico e a enfermeira, durante as consultas específicas realizarão o preenchimento dos demais dados e a estratificação dos pacientes nos grupos de risco. Reorganização das informações e registros de acompanhamento dos hipertensos que consiste em:

- Proceder ao levantamento de todos os pacientes com diagnóstico de hipertensão.
- Elaborar um arquivo rotativo contendo dados referentes aos hipertensos (nome, endereço, data da última consulta e data do retorno, medicamentos em uso).
- Realizar o levantamento mensal de todos os hipertensos faltosos às consultas e referendar para a busca ativa dos mesmos com reagendamento das consultas.
- Agendar o retorno após cada consulta (médica ou de enfermagem). O paciente hipertenso terá seu retorno agendado para o médico coordenador do estudo de acordo com a sua classificação e periodicidade estabelecida pelo Protocolo de Hipertensão.
- Para facilitar o acesso às práticas educativas e de grupo para levantamento de possíveis hipertensos dos usuários ao SUS com ações.
- Os grupos operativos serão realizados mensalmente com temas previamente estabelecidos, referentes à prevenção, tratamento, riscos da hipertensão e estímulo a hábitos de vida saudáveis. Terá a participação da equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, dentre outros) de acordo com o tema estabelecido para o grupo.
- O procedimento de mensuração de pressão será realizado em todos os pacientes atendidos pela equipe nas reuniões. Constatando uma alteração na mesma, o paciente será orientado a retornar a UBS para nova mensuração após dois dias.
- Planejamento e tratamento do paciente diagnosticado como hipertenso e seus familiares, definindo metas e resultados (grau de atividade física, peso, níveis tensionais, entre outros).
- Monitoramento do tratamento mediante visitas domiciliares e grupos operativos.
- Trabalho em grupos com a participação dos familiares dos pacientes.
- Implantação de programas de incentivo ao tratamento, educação e conscientização do paciente sobre a necessidade de tratamento, mostrando seus benefícios.
- Treinamento periódico dos agentes comunitários.
- Orientar e convidar os pacientes para participação do grupo de caminhada, dos grupos operativos existentes na unidade e estimular os usuários que não compareceram ao posto a comparecerem para mensuração de pressão.
- Detalhamento do regime terapêutico, sendo o mais didático possível no que diz respeito aos horários e às drogas prescritas (descrever os comprimidos, a cor e o tamanho e correlacioná-los com seus horários é uma alternativa). Sistematização da assistência de enfermagem:
- Consulta de enfermagem seguindo os passos propostos pela SAE: histórico (entrevista), diagnóstico, exame físico, evolução e prescrição de enfermagem.
- Todo paciente hipertenso passará no mínimo por uma consulta de enfermagem ao ano.
- Os pacientes hipertensos com risco maior para doenças cardiovasculares receberão no mínimo duas consulta de enfermagem ao ano.
- Todos os hipertensos serão convidados a



participar dos grupos operativos realizados pela equipe. Os casos de maior complexidade serão discutidos individualmente durante as reuniões da equipe e será elaborado plano de cuidados diferenciado quando necessário. Os exames complementares serão solicitados durante as consultas médicas e de enfermagem. As consultas médicas e de enfermagem citadas serão realizadas preferencialmente em horário pré-determinado para essa atividade, dia do HIPERDIA. O controle da frequência e da regularidade dos pacientes às consultas médicas e de enfermagem e à realização dos exames complementares, além da análise da adesão ao tratamento pelas visitas dos ACS's, será desenvolvido por meio do acompanhamento pelas Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e/ou Diabético, ser preenchida pelo médico e pela enfermeira durante as consultas do HIPERDIA. e Ficha B-HA,, a ser preenchida pelos ACS's durante as visitas domiciliares. Nessa etapa a equipe empenhada no plano de ação deverá buscar conscientizar a população em relação ao seu problema de saúde de forma a estabelecer abordagem da HAS centrada em medidas de promoção à saúde e prevenção de complicações durante todas as atividades realizadas, desde o cadastramento, as visitas domiciliares até as consultas médicas e de enfermagem. Complementarmente a tal etapa há a proposta de criação do grupo de hipertensos e realização de palestras informativas. O grupo contará com a participação de diversos profissionais da equipe do PSF em questão e da equipe expandida, com apoio do NASF, após discussão da proposta em reuniões na unidade. Os grupos e as palestras ocorrerão preferencialmente no mesmo dia, com periodicidade inicialmente mensal, com possibilidade de ser quinzenal para que seja possível abranger a todos os usuários. A proposta é realizar uma abordagem multidisciplinar, possibilitar a troca de experiências e esclarecimento de dúvidas dos usuários, procurando transmitir a informação de forma acessível e dinâmica durante os encontros dos grupos e durante as palestras. Para a realização das operações do projeto de intervenção exposto, serão necessários diversos recursos, como:

- Organizacionais: Equipamentos adequados para realização da classificação de risco. A UBS possui esfigmomanômetros, estetoscópios, balanças e balanças.
- Espaço físico e equipamentos para realização dos grupos e palestras: Esse serão realizado, inicialmente, na sala de espera da UBS ELFRIDE MIGUEL.

Recursos humanos multiprofissionais Disponibilidade dos profissionais de saúde de diversas áreas. Os profissionais tanto da ESF quanto da equipe expandida, NASF já estão cientes e dispostos a participar do projeto. Os pacientes cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da UBS, que nos permitiu coletar dados primários para os objetivos específicos e, portanto, o general desta pesquisa. A informação necessária para atingir os objetivos específicos desta tarefa de pesquisa foi obtida por codificação as diferentes variáveis. Idade, Sexo, Dieta, Tabagismo, Etilismo, Obesidade, Histórico Familiar, Nível de Atividade Física, Perfil socioeconômico.

Recursos financeiros: para aquisição dos recursos organizacionais necessários. Gestão de profissionais Cognitivos: capacitação dos profissionais de saúde para realização de suas tarefas no projeto de intervenção. Poder: Recursos políticos necessários para implementação

das ações e regularização das propostas.

## 5 Resultados Esperados

O resultado esperado neste projeto de intervenção é reduzir o número de fatores de risco na Hipertensão Arterial Sistêmica através da implantação de estratégias de saúde, e conseqüentemente diminuir o número de pacientes de alto risco e aumentando a quantidade de pacientes categorizados de baixo risco.



## Referências

- C.A.M., S. A enfermagem e as ações de prevenção primária da hipertensão arterial em adolescentes. *Revista Adolescência e Saúde*, v. 8, n. 2, p. 46–55, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 18.
- JARAMILLO, N. Estudio sobre factores de riesgo cardiovascular en una población de influencia de la clínica las américas. *Revista CES Medicina*, v. 18, n. 2, p. 9–18, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- PESSUTO, J. Factores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Rev. latino-am. enfermagem*, v. 6, n. 1, p. 33–39, 2008. Citado 4 vezes nas páginas 15, 17, 18 e 19.
- RAYMUNDO, A. C. N. Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas. *Rev Esc Enferm USP*, v. 6, n. 48, p. 811–819, 2014. Citado na página 18.
- SAÚDE, B. Ministério da. *Hipertensão Arterial Sistêmica: Cadernos de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Citado 6 vezes nas páginas 15, 16, 17, 18, 19 e 20.
- SAÚDE, B. Ministério da. *Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica*. 2015. 2017. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd14.pdf>>. Acesso em: 18 Fev. 2017. Citado 5 vezes nas páginas 15, 16, 17, 19 e 20.
- SBC, S. B. de C. Risco cardíaco pelo escore de framingham. sociedade beneciente israelita brasileira. *Sociedade Beneciente Israelita Brasileira*, p. 1–19, 2007. Citado na página 16.
- SBC, S. B. de C. Risco cardíaco pelo escore de framingham. sociedade beneciente israelita brasileira. *Sociedade Beneciente Israelita Brasileira*, p. 1–19, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 21.
- SBC, S. B. de C. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Minsitério da Saúde*, p. 1–76, 2010. Citado 4 vezes nas páginas 15, 16, 17 e 19.
- SILVA, V. R. Avaliação do risco coronariano e sua relação com as ações de saúde em hipertensos. *Rev Bras Enferm*, v. 67, n. 5, p. 730–736, 2014. Citado 3 vezes nas páginas 15, 16 e 18.