



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

Fellipe Campos Martins

Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica dos usuários
da Unidade de Saúde Aline Marinho Zacarias -
Paranaguá (PR).

Florianópolis, Abril de 2017

Fellipe Campos Martins

Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica dos usuários da
Unidade de Saúde Aline Marinho Zacarias - Paranaguá (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: Fernando Hellmann
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Fellipe Campos Martins

Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica dos usuários da
Unidade de Saúde Aline Marinho Zacarias - Paranaguá (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

Fernando Hellmann
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica e um problema grave de saúde no Brasil e no mundo, sendo um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Na Unidade de saúde Aline Marinho Zacarias, no município de Paranaguá (PR), observa-se alta prevalência da HAS na população da área de abrangência. O objetivo geral desta proposta é de construir e implementar, juntamente com a Equipe de Saúde da Família da área 17 do município de Paranaguá (PR), um plano de ações para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica dos usuários acompanhados pela equipe. Trata-se de um projeto de intervenção que será desenvolvido no período de 1 ano (de maio de 2017 a maio de 2018) na unidade de saúde citada anteriormente, onde espera-se que participem todos os usuários hipertensos acompanhados na Unidade Básica de Saúde da comunidade. Durante este processo, os usuários serão reavaliados nas consultas médicas e de enfermagem quanto a classificação do risco cardiovascular conforme o Score de Framingham, a hábitos alimentares, uso de medicamentos, prática de atividade física e dados como a mensuração pressão arterial, circunferência abdominal, peso e altura. Além de palestras educativas, haverá a programação do agendamento das consultas subsequentes, individualizada e realizada conforme a classificação de risco cardiovascular de cada paciente. Espera-se que a intervenção possa trazer contribuições à prática de profissionais de saúde que se dedicam ao acompanhamento clínico dos portadores de HAS e, com isto, aumente os índices de sucesso terapêutico e previna-se desfechos desfavoráveis como a morte por complicações diretas da Hipertensão arterial.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Atenção Básica, Saúde Coletiva

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

O município de Paranaguá, localizado no Estado do Paraná, tem um nome que significa em Tupi-Guarani Grande Mar Redondo. O povoamento começou por volta de 1550, no processo de investigação e buscas auríferas. A fundação do município é datada de 1648, é a cidade mais antiga do Paraná e a principal do litoral paranaense. De acordo com a estimativa feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2016, Paranaguá possui uma população de 151.829 habitantes sendo a 10^a cidade na Lista de municípios do Paraná por população (??).

Dentre as comunidade de Paranaguá, a comunidade composta pelos bairros Jardim Esperança, Vale do Sol e Estrada das Colônias compõem a área 17 do Município e é atendida pela Unidade Básica de Saúde (UBS) Aline Marinho Zacharias, na qual atuo como médico, juntamente com outras duas Equipes de Saúde da Família na mesma unidade. Esta UBS está localizada na periferia da cidade, às margens da rodovia PR 407. Foi formada a partir da invasão de terrenos baldios na década de 1990 e posteriormente organizou-se em vários bairros, cada um possuindo um presidente de bairro, sedo estes as lideranças comunitárias.

A comunidade conta com 2 creches municipais, uma unidade básica de saúde e o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social). O CRAS está localizado próximo à UBS, oferecendo serviços e ações de proteção básica, gestão territorial da rede de assistência social básica, promovendo a articulação das unidades a ele referenciadas e o gerenciamento dos processos nele envolvidos. Conta também com 2 escolas públicas de ensino fundamental e médio.

Estão cadastradas na referida UBS 988 famílias, totalizando 5.500 pessoas aproximadamente, sendo 3025 do sexo masculino e 2475 do sexo feminino. Ao distribuir a população por faixa etária utilizando números absolutos, temos os seguintes dados: 2035 pessoas têm menos de 20 anos, 3025 têm entre 20 e 59 anos e 440 têm 60 anos ou mais.

Em relação aos serviços públicos, a comunidade conta com 2 creches municipais, uma unidade básica de saúde e o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social). O CRAS está localizado próximo à UBS, oferecendo serviços e ações de proteção básica, gestão territorial da rede de assistência social básica, promovendo a articulação das unidades a ele referenciadas e o gerenciamento dos processos nele envolvidos. Conta também com 2 escolas públicas de ensino fundamental e médio.

A Pastoral da Criança, ligada à Igreja Católica é uma entidade bastante atuante na região. Existem também inúmeras Igrejas evangélicas que prestam serviços sociais à comunidade.

A comunidade é considerada de baixa renda e elevado risco social. O perfil dos tipos de moradia é misto, predominando casas de alvenaria nas áreas próximas à unidade e

“barracos” em algumas regiões afastadas com condições mais precárias. Várias famílias estão incluídas em programas sociais de renda, como o Bolsa Família, sendo a maioria delas dos bairros mais pobres (Vale do Sol e Estrada das Colônias). O nível de escolaridade dos moradores é baixo, tendo a maioria apenas o ensino fundamental completo. Os bairros contam com água encanada e rede elétrica, porém não contam com rede de esgoto. Desse modo, o esgoto corre a céu aberto em valetas e canais, constituindo áreas de risco ambiental em praticamente todo o território. Algumas ruas são asfaltadas, outras apesar de possuir asfalto, este está bastante deteriorado. A maior parte das ruas carece de pavimentação.

Não há policiamento na região, não existindo nenhum posto da polícia civil ou militar. A área é considerada violenta e o tráfico de drogas é bastante intenso.

A procura por atendimento na US é grande. Das 3 equipes que deveriam atuar na Unidade, apenas uma está completa, o que sobrecarrega os profissionais de todas as áreas e dificulta muito as ações de prevenção e promoção em saúde, já que os atendimentos médicos são o serviço com maior procura e o número de fichas é limitado, ocupando praticamente todos os horários da programação de atividades e agendamento. Também existe uma grande procura pelas vacinas oferecidas no PNI. Apesar de não existir um registro exato de queixas, as mais vistas no dia a dia são dor lombar crônica e cefaleia. Os principais motivos de consulta são para renovações de receitas de medicamentos de uso contínuo e solicitação de exames para controle de doenças crônicas.

As doenças e agravos mais comuns são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), juntamente com as complicações macro e microvasculares causadas por eles. A prevalência de HAS, conforme dados coletados em dezembro de 2016, é de 5,5 hipertensos para cada 100 habitantes, sendo a doença mais prevalente nesta população. A prevalência de Diabetes Mellitus para o mesmo período é de 2,45 diabéticos para cada 100 moradores. Existem 2 pacientes em tratamento supervisionado de tuberculose pulmonar e 1 paciente em tratamento de hanseníase.

O acompanhamento das pessoas com HAS e DM (associação de doenças crônicas mais frequente nesta população) é feito através de agendamento de consultas periódicas no Hiperdia e no dia de Saúde do Idoso (população com maior prevalência dessas doenças), além de acompanhamento nutricional com agendamentos na própria ESF, contribuindo para melhor adesão ao tratamento e melhor controle da doença.

As doenças cardiovasculares são importante causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo (MENGUE *et al.*, 2016). A Hipertensão arterial por ser um fator de risco cardiovascular muito prevalente (é a doença de maior prevalência na área de abrangência da unidade onde atuo como médico), deve ser encarada como prioridade na Atenção Básica, já que o controle adequado da doença é capaz de promover diminuição da incidência de complicações, qualidade de vida e diminuição de custos para o sistema público. Sendo assim, o tema é de interesse de todos os setores, desde os usuários aos gestores.

Na prática diária exercendo minhas atividades como médico da ESF vejo usuários hipertensos com controle inadequado da doença devido à negligência por parte do próprio paciente, subtratamento com esquemas terapêuticos inadequados ou ineficientes ou falta de adesão ao mesmo e subestimação da pré hipertensão e Hipertensão Estágio 1 pelos próprios profissionais de saúde.

Também tenho a oportunidade de ver as consequências diretas das baixas taxas de controle da HAS atuando nos serviços de urgência e emergência, atendendo pacientes já com complicações e sequelas muitas vezes irreversíveis, quando o desfecho não é fatal.

Acredito que um projeto de intervenção para melhora do controle de pacientes com hipertensão arterial sistêmica seja viável pois é de baixíssimo custo e demanda mais que tudo empenho por parte da equipe, modificação na organização da agenda da Unidade. No município onde atuo observa-se a deterioração do sistema público de saúde. Muitas unidades na cidade não contam com ESF completa. A demanda de pacientes no serviço de urgência e emergência é muito grande (UPA e 24 horas). Um projeto de intervenção capaz de diminuir a incidência de complicações agudas e crônicas da Hipertensão arterial poderia apresentar bons resultados, melhorando o fluxo de pacientes nestes serviços, já que quando recebem seguimento e acompanhamento na atenção básica, pacientes hipertensos apresentam menores índices de complicações, sendo este resultado do interesse de todos (da comunidade, dos profissionais que atuam na atenção primária, nos serviços de urgência e emergência e dos gestores)

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Construir e implementar, juntamente com a Equipe de Saúde da Família da área 17 do município de Paranaguá (PR), um plano de ações para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica dos usuários acompanhados pela equipe.

2.2 Objetivos Específicos

- Promover educação em saúde aos usuários hipertensos;
- Ampliar a adesão ao tratamento com anti-hipertensivos;
- Incentivar hábitos de vida saudáveis para usuários hipertensos ou com fatores de risco.

3 Revisão da Literatura

Conceituação

Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou ≥ 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM).^{1,2} Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (MALACHIAS et al., 2016)

A Hipertensão Arterial (HA) é, na maior parte do seu curso assintomática, implicando na dificuldade de diagnóstico precoce e na baixa adesão por parte do paciente ao tratamento prescrito, já que muitos medicamentos apresentam efeitos colaterais e o sucesso no tratamento também depende da modificação do estilo de vida dos portadores (PÉRES; MAGNA; VIANAB, 2003). Talvez por esse motivo, o controle da HA é baixo.

Dados Epidemiológicos e impacto econômico

No Brasil, HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. Em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de DCV, a principal causa de morte no país. As taxas de mortalidade têm apresentado redução ao longo dos anos, com exceção das doenças hipertensivas (DH), que aumentou entre 2002 e 2009 e mostrou tendência a redução desde 2010. As taxas de DH no período oscilaram de 39/100.000 habitantes (2000) para 42/100.000 habitantes. As doenças isquêmicas do coração (DIC) saíram de 120,4/100.000 habitantes (2000) para 92/100.000 habitantes (2013), e as doenças cerebrovasculares (DCbV) saíram de 137,7/100.000 habitantes (2000) para 89/100.000 habitantes (2013); também houve redução da IC congestiva (ICC), que variou de 47,7/100.000 habitantes (2000) para 24,3/100.000 habitantes (2013)⁹. As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, com custos socioeconômicos elevados. Dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam significativa redução da tendência de internação por HA, de 98,1/100.000 habitantes em 2000 para 44,2/100.000 habitantes em 2013. Taxas históricas de hospitalização por DCV com redução para DH e manutenção da estabilidade ou tendência a redução para AVE, embora indique aumento das internações por DIC. (MALACHIAS et al., 2016)

A prevalência de HA no Brasil varia de acordo com a população estudada e o método

de avaliação. Na meta-análise de Picon e colaboradores (PICON et al., 2012), os 40 estudos transversais e de coorte incluídos mostraram tendência à diminuição da prevalência nas últimas três décadas, de 36,1% para 31,0%.¹⁰ Estudo com 15.103 servidores públicos de seis capitais brasileiras observou prevalência de HA em 35,8%, com predomínio entre homens (40,1% vs 32,2%). Dados do VIGITEL (SAÚDE, 2017) indicam que a prevalência de HA autorreferida entre indivíduos com 18 anos ou mais, residentes nas capitais, variou de 23% a 25%, respectivamente, sem diferenças em todo o período analisado, inclusive por sexo. Entre adultos com 18 a 29 anos, o índice foi 2,8%; de 30 a 59 anos, 20,6%; de 60 a 64 anos, 44,4%; de 65 a 74 anos, 52,7%; e 75 anos, 55%. O Sudeste foi a região com maior prevalência de HA autorreferida (23,3%), seguido pelo Sul (22,9%) e Centro-Oeste (21,2%). Nordeste e Norte apresentaram as menores taxas, 19,4% e 14,5%, respectivamente. Em 2014, a PNS mediu a pressão arterial (PA) de moradores selecionados em domicílios sorteados, utilizando aparelhos semi-automáticos digitais, calibrados. Foram realizadas três medidas de PA, com intervalos de dois minutos, considerando-se a média das duas últimas, inseridas em smartphone. A prevalência geral de PA 140/90 mmHg foi 22,3%, com predomínio entre os homens (25,3% vs 19,5%), variando de 26,7% no Rio de Janeiro a 13,2% no Amazonas, com predomínio na área urbana em relação à rural (21,7% vs 19,8%).

No ano de 2011, a taxa de mortalidade por doenças cardio e cerebrovasculares, na faixa etária de 0 a 69 anos de idade, foi de 78,04/100.000 habitantes no Paraná. De acordo com a publicação Saúde Brasil 2012, 2.278.340 indivíduos realizaram diagnóstico, atendimento ou procedimento na especialidade de cardiologia entre 2008 e 2012. No Paraná, a frequência de internamentos por HAS apresentou redução entre 2008 e 2011. No ano de 2011, ocorreram 6.185 internações por HAS, representando 0,8% de todos os internamentos nesse ano (SESA PR, 2014).

Hipertensão Arterial na visão do portador

Segundo estudo realizado com portadores de hipertensão arterial, 38% da amostra não soube definir o que é hipertensão arterial e 41% dos sujeitos associou o conceito de hipertensão arterial ao de pressão alta, afirmando ser a mesma coisa (PÉRES; MAGNA; VIANAB, 2003). No entanto, quase metade da amostra (47%) não soube definir o que é pressão alta. Ao serem interrogados sobre a presença de sintomas antes da descoberta da doença hipertensiva, 44% relataram apresentar sintomas, dentre os quais 38% declararam ter apresentado de um a três sintomas e 6% de quatro a seis. Dentre as várias categorias relatadas, os sintomas mais frequentes foram: dor de cabeça (20%), tontura (17%), dor no corpo (9%) e cansaço (9%). Já com o diagnóstico de doença hipertensiva, uma alta percentagem de sujeitos (72%) relatou apresentar sintomas, sendo que, destes, 56% indicaram de um a três sintomas. As categorias mais citadas foram: dor de cabeça e dor na nuca (18%), coração acelerado e pontada no peito (13%), tontura (11%) e dor no corpo e nas veias (8%). Quanto ao conhecimento sobre as possíveis conseqüências da do-

ença hipertensiva, as respostas foram: derrame (45%), infarto (39%), “pode matar” (7%), “prejudica os rins” (2%), trombose (2%), esquecimento (2%), “pode levar ao suicídio” (2%) e “não conheço as conseqüências” (2%). Questionados sobre a etiologia da doença hipertensiva, na visão dos pacientes, foi ligada a: aspectos emocionais (35%), hábitos alimentares inadequados (30%), herança familiar (6%), álcool (6%), obesidade (2%), cigarro (2%), sendo que 20% dos sujeitos desconheciam o que pode causar a hipertensão (PÉRES; MAGNA; VIANAB, 2003). Dentre os fatores emocionais citados, foram encontradas respostas ligadas ao nervosismo e irritação (60%), à preocupação (31%) e à ansiedade (9%). A ocorrência desses estados emocionais foi associada pelos pacientes a problemas em casa (35%), contrariedade (21%) e situação financeira (12%). A categoria hábitos alimentares (19%) foi novamente citada como fator de dificuldade para o controle da pressão arterial, sendo o abuso de sal o item mais freqüente, com 70% das respostas (PÉRES; MAGNA; VIANAB, 2003). Em relação a medidas para controle da pressão arterial, quase metade das respostas (40%) referiu-se a mudanças nos hábitos alimentares e de vida. Dentro da categoria hábitos alimentares, as mudanças mais citadas foram evitar o sal (43%) e a gordura (26%). Já a categoria mudança nos hábitos de vida envolveu respostas sobre fazer caminhada e ginástica (80%) e evitar o fumo (20%). Fizeram menção ao controle da emoção (“evitar ficar nervosa/ ficar mais calma/ viver tranqüila”) e sair da situação de estresse (“sair de casa para passear/ conversar com outras pessoas/ ler/ fazer palavra cruzada”) 30% do total de pacientes. Um quarto das respostas referiu-se às categorias uso de medicação e tratamento com profissionais da saúde, especificamente o médico. Quanto ao tipo de medicação, o destaque foi para a alopática (85%), em contraposição à caseira (15%) (PÉRES; MAGNA; VIANAB, 2003).

Em relação ao impacto psicosocial da doença, segundo estudo realizado por (SILVA; ELD, 2016), hipertensão arterial se associa predominantemente ao controle da doença a partir da medicação. Notou-se a centralidade do medicamento como ferramenta para o tratamento e controle da hipertensão. Além disso, percebe-se uma resistência à utilização de medidas paralelas de controle como a prática regular de atividades físicas e dieta adequada. Quando essas práticas são lembradas, há a predominância de conteúdos relacionados ao uso do sal associado à dificuldade em ir a encontros festivos e negar alimentos gordurosos e salgados. Além da relação ao exercício físico percebeu-se um sentimento de culpa por muitos não realizarem. Assim, as mudanças de estilo de vida exigem modificações nos padrões alimentares e práticas sociais já estabelecidas, e isso representa uma mudança na vida diária. Ademais, por se tratar de uma doença crônica, essas mudanças se tornam necessárias para o resto da vida, com isso muitas vezes há a associação de sentimentos negativos frente a doença e o tratamento não medicamentoso torna-se uma das principais dificuldades na efetivação do tratamento ((SILVA et al., 2008) ; (SILVA et al., 2011);(FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010) ; (MANTOVANI et al., 2008); (PÉRES; MAGNA; VIANAB, 2003); (SILVA; BOUSFIELD; CARDOSO, 2013). As mudanças no

contexto socioeconômico, a industrialização, maior acesso a alimentos processados e globalização de hábitos não saudáveis contribuiu para um quadro preocupante sobre as doenças crônicas (([SILVA; BOUSFIELD; CARDOSO, 2013](#))). Tendo em vista a dificuldade nas mudanças de estilo de vida, o tratamento medicamentoso aparece como uma medida “mais fácil”, para muitos tomar o “remedinho” todo dia, na mesma hora, se torna um hábito como escovar os dentes, porém há falas que denotam um sentimento negativo ao medicamento, pois possuem a consciência que deverão ingerir a medicação pelo resto da vida. Em relação à consciência de ser uma doença crônica, e por isso ser para toda a vida, houve divergências nas falas. Alguns participantes possuem falas que denotam sentimentos de tristeza no momento que descobriram que possuíam a doença e que esta seria para toda a vida. Em contrapartida, outros participantes acreditam na possibilidade de um dia pararem de tomar medicação, com esperança de cura. . Outro aspecto observado é a relação dos sintomas e a aderência ao tratamento. Os participantes se preocupam a partir da presença ou não de seus sintomas, quando possuem alguma dor de cabeça ou dor na nuca, automaticamente pensam que a pressão esteja subindo e se preocupam em medir a pressão ou procurar um médico. Há participantes também que não possuem nenhum sintoma, o que ocasiona uma angústia maior ainda pelo fato de nunca saberem se estão ou não com a pressão alta. Dessa forma, a representação social da doença que mais se destaca é a de ser uma doença perigosa e silenciosa, que não se mostra pelos sintomas e pode causar sérias complicações mais tarde como o infarto e o derrame, consequências muito temidas pelos participantes. Assim, as preocupações com os sintomas e com as possíveis consequências tornam-se um recurso para a aderência do tratamento. Retomando os estudos de [Silva et al. \(2013\)](#), é possível observar que o desenvolvimento de práticas de controle da hipertensão eram mais frequentes quando havia relato de experiências prévias com algum sintoma ou complicação decorrente da hipertensão arterial. Em contrapartida nas entrevistas realizadas percebeu-se que há uma preocupação tanto em pessoas que possuem sintomas da doença quanto em pessoas que não apresentam sintoma algum. A preocupação torna-se a mesma a partir da consciência de que a pressão pode estar alta sem a presença de nenhum sintoma, aumenta-se assim a angústia de não saber se está alta ou não, aderindo o tratamento de igual forma.

Políticas públicas e a importância dos Profissionais da Atenção Básica

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 (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, 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. Nesse contexto, entende-se que nos serviços de AB um dos problemas de saúde mais comuns que as equipes de Saúde enfrentam é a HAS e que existem dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos usuários. A literatura sugere que estabelecer um processo de educação permanente com os profissionais da AB possibilita a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho que não produzimos resultados esperados. Os objetivos mais importantes das ações de Saúde em HAS são o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade causada por essas duas patologias (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013).

O estilo de vida é claramente um dos maiores responsáveis pela morbidade e pela alta prevalência das doenças crônicas. Entre os aspectos associados estão, principalmente, os hábitos e as atitudes que contribuem para o aumento do sobrepeso corporal, especialmente associado ao aumento da obesidade visceral, alto consumo energético e excesso ou deficiência de nutrientes associados ao padrão alimentar baseado em alimentos industrializados ((BRASIL, 2001) ; (REZENDE et al., 2006)). A alimentação está relacionada diretamente a alguns fatores que interferem na prevenção e/ou controle das doenças crônicas e seus agravos. São eles: excesso de peso, dislipidemia, mau controle glicêmico e padrão alimentar com consumo excessivo de gordura saturada e pouca ingestão de frutas e vegetais ((BRASIL, 2001) ; (OMS, 2003)). Dessa forma, a orientação nutricional é útil na prevenção para o retardo das complicações associadas às condições crônicas, integrando o conjunto de medidas de autocuidado e educação em Saúde ((BUSE et al., 2007); (SANTOS et al., 2009); (DIABETES-SBD, 2006)) . As modificações na alimentação são reconhecidas como um recurso para o controle glicêmico e redução do risco das doenças cardiovasculares (COPPELL et al., 2010). Diante disso, a orientação sobre alimentação saudável precisa compor o conjunto de ações de promoção de saúde e prevenção dos agravos dessas doenças, em especial no âmbito da Atenção Básica ((BRASIL, 2001); (OMS, 2003); (BRASIL, 2009); (BRASIL, 2012)). É recomendado que não tenha caráter proibitivo (ex.: não coma açúcar; não coma sal), mas que sirva de suporte para o usuário e sua família, promovendo melhores escolhas alimentares (ADA, 2007). A orientação da alimentação saudável nesse nível de Atenção à Saúde compõe o conjunto de ações como um recurso de promoção de saúde e, também, como tratamento para o controle e prevenção de agravos nas doenças crônicas como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e obesidade. (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, 2014) A promoção

da alimentação adequada e saudável, além de ser uma diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan), conforma uma ação transversal incorporada em todas e quaisquer ações, programas e projetos (BRASIL, 2012). O movimento corporal é uma necessidade inerente ao ser humano. É utilizado como forma de expressão, de trabalho, de lazer e é imbuído de significado e de valores culturais. As necessidades e os usos do movimento corporal transformaram-se ao longo da história, influenciados pela capacidade de desenvolver ferramentas, pelo modelo produtivo, pelas relações de trabalho e pelos significados atribuídos às práticas corporais, como lazer, arte, esportes, lutas, aptidão física e saúde. Essas transformações trouxeram mudanças no estilo de vida das populações, alterando significativamente o perfil alimentar e o nível de atividade física de forma global. Os efeitos positivos no metabolismo de lipídios e da glicose, na pressão arterial, na densidade óssea, na produção de hormônios e antioxidantes, no trânsito intestinal e nas funções psicológicas sugerem ser os principais mecanismos pelos quais a atividade física protege os indivíduos contra as doenças crônicas ((PEDERSEN; SALTIN, 2006)). No intuito de enfrentar o quadro crescente de morbimortalidade, a Organização Mundial da Saúde desenvolveu uma estratégia de ampliação da alimentação saudável, níveis de atividade física e redução do uso de tabaco. Como parte dessa estratégia, a Recomendação Global de Atividade Física para Saúde é um instrumento orientativo para os Estados-membros terem parâmetros e adotarem estratégias de estímulo à atividade física. Faz-se necessário reforçar que a mudança de hábitos é algo complexo e que o profissional precisa utilizar estratégias que facilitem esse processo, conhecer e utilizar os recursos disponíveis na comunidade, como os centros de convivência, os espaços de esporte e de lazer e as escolas. Espaços como os Polos de Academia da Saúde, espaços públicos construídos para a orientação e desenvolvimento de atividade física/práticas corporais, além de ações de segurança alimentar e nutricional, de educação alimentar e de práticas artísticas e culturais, podem ser oportunizados nesse sentido (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, 2014).

4 Metodologia

O projeto de intervenção será desenvolvido no município de Paranaguá, o qual localiza-se no litoral do Paraná. A população estimada em 2016 (IBGE, 2017).

A proposta será desenvolvida na área 17 de abrangência da Unidade de Saúde Aline Marinho Zacarias, situada na periferia da cidade de Paranaguá, às margens da rodovia PR-407. A área é composta por 3 Bairros (Jardim Esperança, Vale do Sol e Estrada das Colônias), habitada por aproximadamente 5.500 pessoas, distribuídas em 7 microáreas, contendo 310 hipertensos de ambos os sexos cadastrados, que serão o público alvo da ação.

A proposta inicial é a realização de um cadastramento e estratificação de risco cardiovascular de todos os usuários hipertensos, organizando também um calendário de consultas subsequentes. Será utilizada a escala de risco de Framingham revisada, usada para determinar o risco geral de doença coronariana. Essa ferramenta calcula os fatores de risco para determinar a possibilidade individual de doença coronariana e o risco de morte devido à doença coronariana - dentro dos próximos dez anos. O escore de risco de Framingham considera a idade, LDL-C, HDLC, pressão arterial, diabete e tabagismo. O cadastramento será realizado durante a procura dos usuários hipertensos pela unidade, seja para consulta, troca de receita ou outros, e também pela busca ativa dos outros usuários sabidamente hipertensos ou portadores de fatores de risco, pelos ACS's. Ao final de cada consulta, seja ela consulta médica ou de enfermagem, o paciente terá um retorno agendado

Pretende-se que todos os usuários hipertensos sejam cadastrados e tenham os prontuários padronizados. No prontuário eletrônico serão anotados os dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal), medicações em uso, comorbidades e classificação de risco de cada paciente. Desse modo, pacientes de alto risco serão facilmente identificáveis nas consultas subsequentes, seja pelo profissional da atenção básica ou profissionais de saúde de outras instituições, que utilizem o sistema integrado de prontuários eletrônicos na cidade de Paranaguá. Cada consulta é uma oportunidade para reavaliação, nova estratificação, trocas de receitas, modificações dos esquemas de fármacos anti-hipertensivos, resolução de intercorrências e aconselhamento para adesão a mudanças no estilo de vida. Após cada consulta, pretende-se programar as consultas subsequentes nos próximos meses, evitando evasão e abandono do tratamento e facilitando o retorno dos pacientes ao serviço de saúde.

Os pacientes com risco de evento cardiovascular menor que 10% em 10 anos serão classificados como HAS de baixo risco, deverão realizar na atenção básica pelo menos duas consultas médicas e duas consultas de enfermagem ao ano; pacientes com estimativa de risco entre 10% e 20% serão considerados como risco moderado deverão realizar três consultas médicas e quatro consultas de enfermagem ao ano; e se o risco estimado

for maior que 20% em 10 anos, serão considerados alto risco cardiovascular e deverão realizar pelo menos três consultas médicas e duas consultas de enfermagem ao ano, além ser acompanhados conjuntamente em ambulatórios especializados na atenção secundária (MEIRELES et al., 2013). Cada caso será individualizado a frequência das consultas adequada à necessidade.

A proposta de intervenção é de caráter contínuo, realizada principalmente nos dias destinados a atenção dos pacientes hipertensos (Hiperdia). Terá duração de 1 ano (maio de 2017 a maio de 2018) e poderá ser prorrogada conforme os resultados obtidos.

A enfermeira será responsável por organizar a agenda dos profissionais de saúde, destinando o tempo necessário às atividades do plano e, juntamente com o médico e a técnica de enfermagem, irá verificar e controlar o plano de cuidado dos pacientes. Casos de maior complexidade serão discutidos individualmente e será elaborado um plano de cuidados diferenciado quando necessário. O médico será responsável pela classificação final de cada paciente e conforme o risco cardiovascular, solicitará os exames complementares necessários, com adaptações individuais; modificará os esquemas de fármacos anti-hipertensivos e enfocará no final de cada consulta o aconselhamento para mudanças no estilo de vida benéficas.

5 Resultados Esperados

Com este projeto espera-se contribuir para um melhor controle, avaliação e manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e suas complicações nos usuários da Unidade Básica de Saúde Aline Marinho Zacharias, em Paranaguá (PR) pelo fato de tratar-se de uma doença crônica e altamente prevalente. Espera-se também a diminuição da ausência nas consultas, a realização de consultas direcionais e a melhora nas orientações fornecidas aos pacientes para sanar dúvidas e anseios, integrar o tratamento à realidade financeira e cultural dos pacientes e incentivar mudanças nos hábitos de vida como prática de atividades físicas, alimentação saudável e estímulo à perda de peso, essenciais para o sucesso na abordagem da Hipertensão.

Referências

- ADA, A. D. A. *Nutrition Recommendations and Interventions for Diabetes*. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17192379>>. Acesso em: 10 Fev. 2017. Citado na página 19.
- BRASIL, M. da S. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus*. 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reorganizacao_plano.pdf>. Acesso em: 10 Fev. 2017. Citado na página 19.
- BRASIL, M. da S. *Ministério da Saúde. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde*. 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz_alimentacao_nutricao.pdf>. Acesso em: 10 Fev. 2017. Citado na página 19.
- BRASIL, M. da S. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf>. Acesso em: 10 Fev. 2017. Citado na página 19.
- BUSE, J. B. et al. Primary prevention of cardiovascular diseases in people with diabetes mellitus: a scientific statement from the american heart association and the american diabetes association. *American Diabetes Association*, p. 162–172, 2007. Citado na página 19.
- CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica- hipertensão arterial sistêmica. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 19.
- CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 20.
- DIABETES-SBD, S. B. de. *Atualização Brasileira Sobre Diabetes*. 2006. Disponível em: <<http://diabetes.org.br>>. Acesso em: 10 Fev. 2017. Citado na página 19.
- FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Paulista de Enfermagem*, p. 782–787, 2010. Citado na página 17.
- IBGE. *Síntese do Município*. 2017. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/4118204>>. Acesso em: 22 Fev. 2017. Citado na página 21.
- MALACHIAS, M. V. B. et al. *7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial*. 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 10 Fev. 2017. Citado na página 15.
- MANTOVANI, M. de F. et al. O significado e a representação da doença crônica: Conhecimento do portador de hipertensão arterial acerca de sua enfermidade. *Cogitare Enfermagem*, p. 336–342, 2008. Citado na página 17.

MEIRELES, A. L. et al. *ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO: Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica*. 2013. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf>. Acesso em: 22 Fev. 2017. Citado na página 22.

MENGUE, S. S. et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Revista de saúde pública*, v. 50, n. 2, p. 1–9, 2016. Citado na página 10.

OMS, O. M. D. S. *Doenças crônicas degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/d_cronic.pdf>. Acesso em: 10 Fev. 2017. Citado na página 19.

PEDERSEN, B. K.; SALTIN, B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scand. J. Med. Sci. Sports*, v. 16, p. 1–63, 2006. Citado na página 20.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANAB, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, p. 635–641, 2003. Citado 3 vezes nas páginas 15, 16 e 17.

PICON, R. V. et al. *Trends in Prevalence of Hypertension in Brazil: A Systematic Review with Meta-Analysis*. 2012. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0048255>>. Acesso em: 10 Fev. 2017. Citado na página 16.

REZENDE, F. A. C. et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: Associação com fatores de risco cardiovascular. *Arquivos Sociedade Brasileira de Cardiologia*, p. 728–734, 2006. Citado na página 19.

SANTOS, A. L. T. dos et al. Análise crítica das recomendações da associação americana de diabetes para doença cardiovascular no diabetes melito. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabologia*, p. 657–666, 2009. Citado na página 19.

SAÚDE, M. da. *VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO*. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf>. Acesso em: 10 Fev. 2017. Citado na página 16.

SESA PR. *Linha guia de hipertensão arterial Curitiba – pr 2014*. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Curitiba, n. 1, 2014. Citado na página 16.

SILVA, C. e et al. As representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, p. 500–507, 2008. Citado na página 17.

SILVA, C. e et al. Representações sociais de profissionais de saúde sobre hipertensão arterial: Contribuições para a enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, p. 75–82, 2011. Citado na página 17.

SILVA, J. P. da; BOUSFIELD, A. B. da S.; CARDOSO, L. H. A hipertensão arterial na mídia impressa: Análise da revista veja. *Psicologia e Saber Social*, p. 191–203, 2013. Citado na página 17.

SILVA, L. O. L. e et al. Hipertensão arterial sistêmica: Representações sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento. *Cadernos de Saúde Coletiva*, p. 121–128, 2013. Citado na página 18.

SILVA, M. L. B. da; ELD, A. B. da S. B. Representações sociais da hipertensão arterial: Representações sociais da hipertensão arterial. *Temas em Psicologia*, v. 24, p. 895–909, 2016. Citado na página 17.