



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

Lyvia Sousa Gomes de Vasconcelos

Controle e adesão ao tratamento da Hipertensão
Arterial Sistêmica: um projeto de intervenção com
pacientes da Unidade Básica de Saúde Aílton Mendes,
Três Barras, Santa Catarina.

Florianópolis, Março de 2018

Lyvia Sousa Gomes de Vasconcelos

Controle e adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial
Sistêmica: um projeto de intervenção com pacientes da Unidade
Básica de Saúde Aílton Mendes, Três Barras, Santa Catarina.

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: Larissa de Abreu Queiroz
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Lyvia Sousa Gomes de Vasconcelos

Controle e adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: um projeto de intervenção com pacientes da Unidade Básica de Saúde Aílton Mendes, Três Barras, Santa Catarina.

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.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Larissa de Abreu Queiroz
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial e um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. O objetivo primordial do tratamento da HAS é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular por meio de medicamentos e mudanças de estilo de vida. Segundo registros da Unidade de Saúde Aílton Mendes de Três Barras, Santa Catarina, em outubro de 2016, a prevalência de hipertensos, considerando a população adulta (pessoas maiores de 20 anos) é de 14,86%, considerada baixa em relação à média nacional (32,5%). A prevalência da HAS e seus agravos geram vários desafios, destacando-se a falta de estrutura adequada para atender às necessidades individuais e integrais dos pacientes na maioria dos serviços de Atenção Básica. O presente projeto visa elaborar um plano de ação multiprofissional para contribuir na melhoria do controle dos pacientes com HAS cadastrados na Unidade de Saúde da Família Aílton Mendes de Três Barras. A intervenção iniciará primeiramente com o cadastro dos pacientes no Hiperdia; posteriormente, será realizada busca ativa de novos casos e cadastro de hipertensos, estratificação de risco cardiovascular pelo score de Framingham, agendamento de consultas conforme a prioridade e a classificação de risco, criação de grupos de caminhada e atividades educativas em sala de espera. A implantação do projeto de intervenção possibilitará a melhoria do controle e adesão às medidas terapêuticas; prevenção e tratamento precoce das complicações; aumento do conhecimento dos profissionais e pacientes sobre a patologia e, portanto, uma melhor qualidade de vida das pessoas com hipertensão arterial.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Fatores de Risco, Hipertensão

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	23
5	RESULTADOS ESPERADOS	25
	REFERÊNCIAS	27

1 Introdução

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBS) Aílton Mendes localiza-se no bairro São Cristóvão, município de Três Barras, Santa Catarina. Este município encontra-se no Norte Catarinense e foi fundado em 23 de janeiro de 1961. O nome “Três Barras” tem sua origem e relação com a divisa dos três rios: Rio Negro, Rio São João e Rio Canoinhas e a cidade faz divisa com o Estado do Paraná através do Rio Negro. Além disso, estende suas divisas com os municípios de Canoinhas, Papanduva e Mafra. Segundo Portal de Turismo de Três Barras, o município tem 18.131 habitantes e vive da indústria papelreira e da agricultura. No que diz respeito à sua história, Três Barras participou da Guerra do Contestado a qual consistiu no conflito entre Santa Catarina e Paraná sobre as questões de limites territoriais. Em 1910, a empresa norte-americana Lumber se instalou na cidade e foi responsável pela exploração madeireira ao longo da ferrovia construída pela Brazil Railway Company. Com a “Lumber”, vieram os americanos e os imigrantes europeus: poloneses, ucranianos, alemães, italianos e sírio-libaneses. Atualmente, tem instalada as fábricas das empresas Rigesa, considerada na região como umas das maiores propriedades particulares de Santa Catarina e a Mili, que fabrica papéis higiênicos (PMTB, 2017). O bairro São Cristóvão, onde localiza-se a UBS Aílton Mendes, é o mais populoso do município e iniciou há aproximadamente quarenta anos atrás, próximo ao Rio Canoinhas. Já enfrentou várias enchentes, deixando muitas famílias desalojadas. Atualmente, foram realizadas obras de prevenção de desastres naturais, como a construção de um “valetão” que escoar a água da chuva evitando a enchente. Possui quatro Unidades de Saúde da Família, que cobrem 100% da sua população e conta com profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Referência em Assistência Social (CRAS). A UBS Aílton Mendes atende aproximadamente duas mil pessoas e possui uma médica, uma enfermeira, cinco agentes comunitários de saúde, duas técnicas de enfermagem, além de obstetra, ginecologista e pediatra que atendem pelo NASF. O bairro conta com Conselho Tutelar, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro Comunitário e um posto de polícia comunitária. São ofertados cursos gratuitos à população, tais como artesanato, pinturas, bordados, informática básica, além de atividades recreativas como capoeira, futebol e dança. São Cristóvão possui também dois importantes programas sociais: o PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil) e o Melhor Idade. O primeiro é vinculado ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, que busca atender filhos de famílias carentes cujos pais trabalham em período integral por meio do desenvolvimento de atividades artísticas e lúdicas. As famílias são beneficiadas pelo Bolsa Família e recebem cesta básica mensal pelo município. Já o grupo Melhor Idade, se destina a idosos e desenvolve atividades de dança, jogos e outros. No bairro, não há saneamento básico e a coleta de lixo é feita por empresa contratada pela

prefeitura municipal, que recolhe o lixo periodicamente. A maioria das casas são simples, construídas de madeira. Em 2014, segundo o IBGE, o salário médio mensal era de 3 salários mínimos; a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 29,5%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 36,4% da população nessas condições (IBGE, 2017). A maioria da população é alfabetizada, porém possui baixa escolaridade, leem e escrevem com dificuldade, principalmente os idosos. Existem algumas igrejas, católicas e evangélicas. Há poucos espaços para lazer e para a prática de exercícios físicos no bairro. A população atendida pela UBS Aílton Mendes é uma população de área de risco ambiental e social, devido drogas e precárias condições socioeconômicas. Segundo registros da UBS Aílton Mendes de outubro de 2016, atualmente são acompanhadas na unidade 2094 pessoas, sendo 1014 do sexo masculino e 1080 do sexo feminino. São 870 crianças e jovens de 0 até 19 anos, 1092 adultos entre 20 e 59 anos e 132 idosos com mais de 60 anos. Estão cadastrados 182 hipertensos e 57 diabéticos. Dessa forma, a prevalência de hipertensos, considerando a população adulta (pessoas maiores de 20 anos) é de 14,86% e de diabéticos é de 4,65%. No que se refere a essas doenças, no Brasil a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular. Junto com a diabetes, suas complicações (cardíacas, renais e acidente vascular encefálico) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (MALACHIAS et al., 2016). A média de hipertensos e diabéticos na USF Aílton Mendes ainda é baixa se considerarmos a média nacional. Isso se explica provavelmente pelo diagnóstico ainda pequeno de casos novos. Na Unidade, há uma grande rotatividade de médicos clínicos e por isso, não há atividades e ações voltadas para o rastreamento de novos casos. Com relação às principais queixas da população, com base no relatório mensal do profissional médico do mês de setembro de 2016, destacam-se as doenças crônicas (HAS e diabetes) – 24,9%; doenças respiratórias agudas (amidalites, rinites, sinusites, infecções de vias aéreas superiores, dentre outras) – 20%; doenças respiratórias crônicas (asma, DPOC) – 7,6%; infecção urinária – 3,6% e doenças musculoesqueléticas – 3%. Os principais problemas constatados na observação das consultas clínicas, dados de produção mensal dos profissionais da equipe e reuniões de equipe foram: alto número de pacientes hipertensos e diabéticos descompensados; baixa cobertura de exames preventivos do colo uterino; baixa cobertura de saneamento básico; falta de atendimento odontológico na unidade, por falta de profissional contratado; número limitado de exames laboratoriais autorizados para coleta mensalmente. Percebe-se que a Unidade de saúde tem grande número de pacientes hipertensos e diabéticos apresentando descompensação frequente de pressão arterial e níveis de glicemia capilar, inclusive com internação hospitalar e busca de atendimento no pronto socorro municipal. Esse problema é causado, dentre outros fatores, pela ausência de agendamento programado periódico pelos profissionais

médico e de enfermagem; baixa adesão aos medicamentos prescritos e às medidas de reeducação alimentar e atividade física. Enfatiza-se, então, novamente que a HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2013). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Um dos principais desafios da Atenção Básica de Saúde é o controle e prevenção da HAS e suas complicações. O Ministério da Saúde preconiza que sejam incentivadas as modificações no estilo de vida, tais como, alimentação adequada, cessação do tabagismo, prática de atividade física, redução do uso excessivo de álcool, fatores fundamentais no tratamento e prevenção da hipertensão (BRASIL, 2013). Dessa forma, o presente projeto de intervenção busca um controle adequado dos pacientes com hipertensão arterial. O projeto será executado com a busca ativa e cadastro de novos casos de hipertensos, estratificação de risco cardiovascular pelo escore de Framingham, agendamento de consultas conforme a prioridade, criação de grupos de caminhada e orientação nutricional.(BRASIL, 2013)

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ação multiprofissional para contribuir na melhoria do controle dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica cadastrados na Unidade de Saúde da Família Aílton Mendes de Três Barras, Santa Catarina.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar o agendamento programado e periódico dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica a partir da estratificação de risco cardiovascular pelo escore de Framingham.
- Aumentar a adesão dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica a mudanças nos hábitos alimentares e à atividade física.
- Qualificar o rastreamento e diagnóstico de novos casos de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Aílton Mendes.

3 Revisão da Literatura

Hipertensão Arterial Sistêmica: definição e epidemiologia

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos maiores ou iguais a 140 e/ou 90 mmHg.(MALACHIAS et al., 2016). Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por, pelo menos, 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal.

Com o critério atual de diagnóstico de HAS, o qual é pressão arterial (PA) maior do que 140/90 mmHg, a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (BRASIL, 2013). Fonte: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS maior ou igual a 140mmHg e PADmenor que 90mmHg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

No Brasil, a HAS 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) (BRASIL, 2013). Em 2013, ocorreram 1.138.670 óbitos, dos quais 29,8% ou 339.672 foram decorrentes de DCV, a principal causa de morte no país (MALACHIAS et al., 2016). É pertinente apontar que as doenças cardiovasculares são responsáveis por grande número de internações e custos sociais e econômicos elevados.

Tabela 1 – Quadro 1: Classificação de Pressão Arterial de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

	PAS(mmHg)	PAD(mmHg)
Normal		
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	>ou=180	>ou=110

Fonte: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS maior ou igual a 140mmHg e PADmenor que 90mmHg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

No diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, é avaliado o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de pressão arterial elevada em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2013).

Os fatores que podem estar associados à elevação de PA são: sedentarismo, estresse, tabagismo, história familiar, raça, gênero, idade, peso e alimentação. A prevalência da HAS aumenta com a idade, acometendo aproximadamente 65% da população na faixa etária de 65 a 74 anos de idade. Os negros têm maior prevalência de hipertensão em relação aos brancos (GOLDMANN; BENNETT, 2001).

Estratificação de Risco e Escala de Framingham

Até o presente momento, nenhum dos instrumentos disponíveis para a estratificação de risco foi desenvolvido ou adaptado para o contexto brasileiro. Embora não exista consenso no escore a ser utilizado para estimativa de risco global, o Ministério da Saúde recomenda aplicar o modelo de Framingham. As principais variáveis relacionadas com risco são: pressão arterial sistólica, tabagismo, colesterol total, HDL-C, LDL-C, intolerância a glicose, índice de massa corporal e idade. Na sua maioria, ou em combinação, elas são incorporadas em escores preditivos globais, como o Escore de Risco de Framingham (BRASIL, 2006).

É fato que as estratégias para ampliar o uso do Escore de Framingham podem melhorar o manejo da hipertensão arterial na Atenção Básica. O estudo desenvolvido por Pimenta e Caldeira (2014) avaliou hipertensos atendidos pela Estratégia Saúde da Família em municípios do norte de Minas Gerais e mostrou uma presença expressiva de outros fatores de risco que aumentam a probabilidade de desenvolvimento de um evento cardiovascular adverso. Isso reforça a importância de estratificar o risco cardiovascular dos pacientes hipertensos, identificando os de alto risco para adequar o manejo e tratamento, além de promover o autocuidado e responsabilidade compartilhada na conduta da hipertensão (PIMENTA; CALDEIRA, 2014).

A determinação de risco cardiovascular exige a obtenção de pelo menos 2 exames complementares: glicemia de jejum e colesterol total. A determinação do perfil lipídico completo, com dosagem de triglicerídeos, HDL-C (lipoproteína de alta densidade) estimativa de LDL-C (lipoproteína de baixa densidade) torna a predição um pouco mais precisa para a maioria dos pacientes (BRASIL, 2006).

O cálculo do Escore de Framingham está descrito no quadro 2 para homens e mulheres. Inicialmente são coletadas informações sobre idade, LDL-C, HDL-C, pressão arterial, diabetes e tabagismo e atribui-se pontos para cada fator. A partir da soma dos pontos de cada fator é estimado o risco cardiovascular em 10 anos, conforme quadro 3 (BRASIL, 2006).

Tabela 2 – Quadro 2 - Escore de risco para evento coronário conforme proposto pela American Heart Association e American College of Cardiology de acordo com os resultados do Framingham Heart Study

(anos)	Homens	Mulheres
	-1	-9
35-39	0	-4
40-44	1	0
45-49	2	3
50-54	3	6
55-59	4	7
60-64	5	8
65-69	6	8
70-74	7	8
Colesterol total (mg/dL)		
	-3	-2
169-199	0	0
200-239	1	1
240-279	2	2
>280	3	3
HDL colesterol (mg/dL)		
	2	5
36-44	1	2
45-49	0	1
50-59	0	0
>60	-2	-3
Pressão arterial sistólica (mm Hg)		
	0	-3
120-129	0	0
130-139	1	1
140-159	2	2
>160	3	3
Diabetes		
Não	0	0
Sim	2	4
Tabagismo		
Não	0	0
Sim	2	2

Tabela 3 – Quadro 3 - Soma de pontos pelo Escore de risco de Framingham e porcentagem de risco de evento cardiovascular (ECV) em 10 anos.

de pontos	Risco ECV em 10 anos
	1%
-2	2%
-1	2%
0	3%
1	4%
2	4%
3	6%
4	7%
5	9%
6	11%
7	14%
8	18%
9	22%
10	27%
11	33%
12	40%
13	47%
> ou = 14	>ou=56%

Fonte: Caderno de Atenção Básica número 14. Ministério da Saúde, 2006.

Tabela 4 – Quadro 4: Classificação de risco global, segundo Escore de Framingham.

Evento cardiovascular maior (ECV)	
Baixo	
Moderado	10 - 20% / 10 anos
Alto	> 20 % / 10 anos

Fonte: Caderno de Atenção Básica número 14. Ministério da Saúde, 2006

Hipertensão Arterial Sistêmica: tratamento

Após a confirmação diagnóstica da hipertensão, deve-se adotar um esquema terapêutico adequado, levando em consideração a análise da estratificação de risco, baseada nos valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos-alvo e o risco cardiovascular estimado. Basicamente, há duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, etc.) e o tratamento medicamentoso. A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção de hipertensão e do manejo daqueles com HAS (BRASIL, 2013). De acordo com Malachias et al. (2016), o tratamento não medicamentoso da Hipertensão Arterial baseia-se no controle de peso, cessação do tabagismo, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, controle de estresse, entre outros. O aumento de peso está diretamente relacionado ao aumento de PA tanto em adultos, como em crianças, além de que a gordura visceral é um fator de risco para HA. O tabagismo é um fator de risco importante para as doenças cardiovasculares, portanto a sua cessação deve ser estimulada através de medidas terapêuticas de suporte específicas (BRASIL, 2013).

Pacientes hipertensos devem iniciar atividade física regular, pois além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso. A atividade deve ser de intensidade moderada, com duração de 30 minutos em cinco dias por semana. Além disso, uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio ((BRASIL, 2013).

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. Desde que exista indicação de tratamento com medicamentos, o paciente deverá ser orientado sobre a importância do uso contínuo, da eventual necessidade de ajuste de doses, da troca ou associação de medicamentos e, ainda, do eventual aparecimento de efeitos adversos. O esquema terapêutico deve ter capacidade de reduzir a morbimortalidade cardiovascular; ser eficaz por via oral; ser bem tolerado; ser usado no menor número de tomadas por dia; ser iniciado com as menores doses efetivas; ser utilizado por um período mínimo de quatro semanas, antes de modificações, salvo em situações especiais (MALACHIAS et al., 2016).

Os agentes anti-hipertensivos exercem sua ação terapêutica através de distintos mecanismos que interferem na fisiopatologia da hipertensão arterial, podem ser catalogados em cinco classes: diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, antagonistas do sistema renina-angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio. Entre os fármacos mais estudados e que se mostraram benéfico em reduzir eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais maiores estão os diuréticos em baixas dose, primeira opção anti-hipertensiva na maioria dos pacientes hipertensos. Devem ser prescritos em monoterapia inicial, espe-

cialmente para pacientes com hipertensão arterial em estágio 1 que não responderam às medidas não-medicamentosas. Entretanto, a monoterapia inicial é eficaz em apenas 40% a 50% dos casos. Muitos pacientes necessitam a associação com anti-hipertensivo de outra classe, como inibidores da ECA (enzima conversora de angiotensina), beta-bloqueadores, antagonista do cálcio. Para pacientes em estágio 2, pode-se considerar o uso de associações de fármacos anti-hipertensivos como terapia inicial (BRASIL, 2013).

Hipertensão Arterial Sistêmica e os desafios da Atenção Básica em Saúde

Segundo Silva, Barreto e Arruda (2016), a alta prevalência da HAS e seus agravos geram vários desafios, destacando-se a falta de estrutura adequada para atender às necessidades individuais e integrais dos pacientes na maioria dos serviços de Atenção Básica. As estratégias de intervenção deveriam estar associadas à melhoria dos indicadores do processo (classificação de risco, tomada de decisões baseadas em evidências, solicitação de exames complementares e prescrições medicamentosas) e de resultados (adesão ao tratamento, melhoria do controle pressórico e maior satisfação dos usuários).

Ainda são poucos os serviços voltados para as atividades de promoção para a saúde, predominando um modelo de assistência e cuidado centralizado nos sintomas. Com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1994, do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (2001) e do Pacto em Defesa da Vida (2005) houve uma ampliação do acesso dos indivíduos ao diagnóstico, consultas e medicamentos, porém alguns fatores prejudicam a implantação de programas de prevenção no Brasil. A desigualdade social, a diferença na alocação de recursos humanos e materiais dificultam a implantação de programas públicos de promoção e prevenção da saúde no país (BRASIL, 2011).

Estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde em São Paulo mostrou que a intervenção no tratamento e no acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos foi útil no controle destas doenças crônicas. A intervenção foi realizada através de grupos para atividade educativa, seguimento regular dos pacientes diagnosticados, fornecimento de medicação e atendimento priorizado nas intercorrências, num período de 30 meses (SILVA et al., 2006).

A prevenção do desenvolvimento da HAS deve englobar políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. Deve-se estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA e de fatores de risco associados, através da modificação do estilo de vida (MEV) e/ou uso regular de medicamentos. (MALACHIAS et al., 2016)

Hiperdia, Estratégia de Saúde da Família e a importância das intervenções na Atenção Básica em Saúde

O Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de

medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2017a).

Atualmente, o **e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB)**, estratégia do Departamento de Atenção Básica, busca reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. A estratégia e-SUS AB faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico (BRASIL, 2017b). Ambas as estratégias facilitam os registros e a integração dos serviços de saúde com relação aos usuários acometidos por diversos agravos que são atendidos na Atenção Básica, bem como seu desenvolvimento.

Já com relação à ESF, a equipe mínima de Saúde da Família é constituída por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde, devendo atuar, de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, medidas preventivas primárias e atendimento a hipertensão arterial e diabetes melitus (BRASIL, 2013).

O agente comunitário de saúde deve registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de hipertensão e risco cardiovascular global estimado de cada membro da família; verificar se o paciente hipertenso está comparecendo às consultas agendadas, fazendo uso da medicação corretamente e seguindo as orientações de dieta e atividade física. Já o auxiliar de enfermagem é responsável por verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde; realizar orientações sobre a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e prática de atividade física rotineira. O enfermeiro participa do acompanhamento do hipertenso, por meio de consultas, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento e encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário; promove capacitação dos auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários, além de supervisionar, de forma permanente, suas atividades. O médico deve realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e comorbidades, visando à estratificação do portador de hipertensão; programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente, dentre outras atribuições (BRASIL, 2013).

Dessa forma, considerando as diferentes atribuições de cada profissional de saúde, fica clara a importância da existência de uma equipe multidisciplinar para atender doenças como a Hipertensão Arterial Sistêmica, já que seu tratamento envolve vários aspectos de sua vida e saúde.

O presente projeto de intervenção foi definido a partir do principal problema encontrado na Unidade de Saúde da Família Aílton Mendes, no bairro São Cristóvão, em Três Barras, Santa Catarina, o qual identificou-se sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica. Essa identificação foi realizada em reuniões de equipe e baseada nos dados de atendimento mé-

dico e de enfermagem, além da produção mensal dos membros da equipe. A intervenção proposta será executada com a busca ativa e cadastro de novos casos de hipertensos, estratificação de risco cardiovascular pelo escore de Framingham, agendamento de consultas conforme a prioridade, criação de grupos de caminhada e orientação nutricional. Entende-se, assim, que auxiliará a comunidade no enfrentamento dessa questão.

4 Metodologia

A primeira etapa do presente projeto buscará o cadastro no HIPERDIA de todos os usuários hipertensos que pertencem à área de abrangência da equipe 006 da Unidade de Saúde da Família Aílton Mendes, no bairro São Cristóvão, Três Barras-SC. Serão cadastrados todos os hipertensos com diagnóstico prévio, mesmo que não façam acompanhamento médico na unidade de saúde. Serão convocados para avaliação e possível diagnóstico de Hipertensão Arterial, pacientes que apresentem um ou mais fatores de risco para hipertensão.

Num primeiro momento, esses pacientes não serão cadastrados, apenas se houver a confirmação diagnóstica de HAS. Serão realizadas visitas domiciliares, verificação de pressão arterial em todos os usuários que comparecerem à unidade e também feita busca ativa de novos hipertensos. Após o cadastro, serão agendadas consultas médicas e de enfermagem com o objetivo de avaliação, exame físico, diagnóstico e solicitação de exames complementares de rotina de acompanhamento do paciente hipertenso, além de realizar a estratificação de risco de Framingham, segundo quadros 2 e 3. Posteriormente, o paciente será classificado de acordo com o risco cardiovascular global (quadro 4), O intervalo entre as consultas e o planejamento terapêutico será definido a partir do risco global e da avaliação clínica de cada paciente de acordo com o quadro 5, conforme protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde.

Será organizado também cronograma de atividades educativas com a participação de todos os membros da equipe ESF e NASF (nutricionista e psicólogo), a ser realizado antes das consultas médicas e de enfermagem programadas aos hipertensos. Serão palestras de aproximadamente 20 minutos, ministradas por um dos membros da equipe sobre temas relacionados à alimentação, atividade física, autocuidado com doenças crônicas, promoção e prevenção da saúde. Com o objetivo de incentivar e enfatizar a importância da atividade física regular como parte do tratamento não-medicamentoso à hipertensão, será iniciado grupo de caminhada, duas vezes por semana, às segundas e quartas-feiras, com duração aproximada de uma hora, com saída da unidade de saúde prevista às 8 h e serão acompanhados no percurso por uma técnica de enfermagem e um agente comunitário de saúde. Todos os hipertensos cadastrados, após avaliação médica favorável à atividade física, serão convidados a participar do grupo.

O cronograma das atividades está organizado no quadro 6, com a atividade, duração e profissionais responsáveis por cada uma delas. Quadro 5: Classificação de risco cardiovascular, segundo o escore de Framingham e sugestão de periodicidade de acompanhamento em consulta médica, de enfermagem e odontológica Fonte: Caderno de Atenção Básica, número 37, Ministério da Saúde, 2013. Quadro 6: Cronograma de execução de atividades do projeto de intervenção para um controle adequado dos hipertensos da área de abran-

Risco de Evento Cardiovascular em 10 anos		Consulta Médica	Consulta de Enfermagem	Consulta Odontológica
Baixo		Anual	Anual	Anual
Mo- de- rado	10-20%	Semestral	Semestral	Anual
Alto	20%	Quadri- mestral	Quadrimestral	Anual

propostas	Período de execução das atividades	Responsáveis pela realização
1. Cadastro dos hipertensos no HIPERDIA	Julho/2017 a Setembro/2017; Permanente	ACS
2. Busca ativa de novos casos	Julho/2017 a Setembro/2017; Permanente	ACS, Médica, Enfermeira, Técnicas de enfermagem
3. Avaliação e estratificação de risco segundo escala de Framingham	Setembro/2017 a Novembro/2017	Médica, Enfermeira
4. Agendamento de consultas médicas e de enfermagem segundo o risco global	A partir de Novembro/2017	ACS, Médica, Enfermeira, Técnicas de enfermagem
5. Reuniões para a programação de temas das palestras e grupo de caminhada	Setembro/2017	ACS, Médica, Enfermeira, Técnicas de enfermagem, profissionais do NASF
6. Palestras de orientação em sala de espera	A partir de Outubro/2017	ACS, Médica, Enfermeira, Técnicas de enfermagem, profissionais do NASF
7. Grupo de caminhada	A partir de Novembro/2017	ACS, Médica, Enfermeira, Técnicas de enfermagem

gência da equipe 006 da Unidade de Saúde Ailton Mendes no bairro São Cristóvão, Três Barras-SC. Fonte: Equipe de Saúde da Família 006, Três Barras-SC.

5 Resultados Esperados

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, degenerativa e não-transmissível, de alta prevalência e com altos índices de morbimortalidade. O diagnóstico precoce e o controle adequado por meio de medidas farmacológicas e mudanças no estilo de vida, proposto nesse projeto de intervenção, permite a diminuição da ocorrência de eventos cardiovasculares relacionados à HAS e, portanto, redução de morbimortalidade e os custos relacionados principalmente à internação hospitalar.

O cadastro, a classificação de risco global de evento cardiovascular, segundo Framingham, e o agendamento programado de consultas médicas e de enfermagem dos hipertensos, preconizados pelo Ministério da Saúde, propostos nesse projeto de intervenção, também buscam o controle adequado, prevenção e tratamento precoce das complicações.

As atividades educativas em sala de espera e grupo de caminhada têm o objetivo de promover adesão às mudanças de estilo de vida, prevenção de fatores de risco, uso correto das medicações, incentivo à atividade física regular, além de proporcionar uma melhor qualidade de vida da população. A adesão da equipe de saúde às ações preventivas e a educação permanente dos profissionais evita o predomínio de atividades individuais predominantemente curativas.

A implantação do projeto de intervenção na área de abrangência da equipe 006, na Unidade de Saúde da Família Aílton Mendes, Três Barras-SC, tem elevadas possibilidades de resultados satisfatórios, com ações estratégicas para melhorar a qualidade de vida dos hipertensos e melhor conhecimento dos profissionais e pacientes sobre a sua patologia.

Espera-se que as ações realizadas pela equipe multiprofissional abranjam os diversos aspectos que envolvem a HAS e, dessa forma, não apenas atuem sobre o tratamento das complicações dessa doença, mas aumentando os fatores de proteção e diminuindo os fatores de risco, promovendo saúde e prevenindo agravos.

Referências

- BRASIL, M. da Saúde do. *Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais*: Cadernos de atenção básica, 14. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Citado na página 16.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009*. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf>. Acesso em: 27 Jul. 2017. Citado na página 20.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.*: Cadernos de atenção básica, 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 6 vezes nas páginas 11, 15, 16, 19, 20 e 21.
- BRASIL, M. da Saúde do. *DATASUS - HIPERDIA*. 2017. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>>. Acesso em: 01 Ago. 2017. Citado na página 20.
- BRASIL, M. da Saúde do Brasil do. *E-SUS Atenção Básica*. 2017. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 01 Ago. 2017. Citado na página 21.
- GOLDMANN, L.; BENNETT, J. C. *Tratado de Medicina Interna*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. Citado na página 16.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Cidades. Três Barras*. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/sc/tres-barras/panorama>>. Acesso em: 12 Jun. 2017. Citado na página 10.
- LOTUFO, P. A. O escore de risco de framingham para doenças cardiovasculares. *Revista Médica São Paulo*, v. 87, n. 4, p. 232–237, 2008. Citado na página 17.
- MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 107, n. 3, p. 1–83, 2016. Citado 4 vezes nas páginas 10, 15, 19 e 20.
- PIMENTA, H. B.; CALDEIRA, A. P. Fatores de risco cardiovascular do escore de framingham entre hipertensos assistidos por equipes de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 19, n. 6, p. 1731–1739, 2014. Citado na página 16.
- PMTB, P. M. de T. B. *Portal de Turismo de Três Barras - SC*. 2017. Disponível em: <<http://tresbarras.sc.gov.br/turismo/>>. Acesso em: 12 Jun. 2017. Citado na página 9.
- SILVA, R. L. D. T.; BARRETO, M. da S.; ARRUDA, G. O. de. Avaliação da implantação do programa de assistência às pessoas com hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 1, n. 69, p. 79–87, 2016. Citado na página 20.
- SILVA, T. R. et al. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 3, p. 180–189, 2006. Citado na página 20.