



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

Llejadys Planes Sanchez

Plano de intervenção para melhoria do controle da
Hipertensão Arterial na Unidade Básica de Saúde
"Chefe Newton" do município de Londrina, Paraná

Florianópolis, Março de 2018

Llejadys Planes Sanchez

Plano de intervenção para melhoria do controle da Hipertensão Arterial na Unidade Básica de Saúde "Chefe Newton" do município de Londrina, Paraná

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: Marcelo Vieira
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Llejadys Planes Sanchez

Plano de intervenção para melhoria do controle da Hipertensão Arterial na Unidade Básica de Saúde "Chefe Newton" do município de Londrina, Paraná

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

Marcelo Vieira
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) possui alta prevalência e baixa taxas de controle, assim um dos mais importantes problemas de Saúde Pública. As doenças cardiovasculares são importante causa de morbimortalidade e geram altos custos econômicos, e que aumentam progressivamente com o aumento da pressão arterial. O controle adequado dos pacientes com HAS deve ser uma das prioridades da atenção básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos. Este projeto tem como objetivo a melhora do controle dos níveis pressóricos dos pacientes hipertensos a curto e médio prazo. Será criado um plano de intervenção a ser aplicado pela equipe de saúde da família B da Unidade Básica de Saúde "Chefe Newton", na cidade de Londrina, Paraná. As atividades previstas incluem o cadastro e estratificação de risco cardiovascular; seqüência do acompanhamento; controle da freqüência e regularidade das consultas; adesão dos pacientes ao tratamento e modificação no estilo de vida. O cadastramento será realizado quando usuários hipertensos comparecem à unidade, seja para consulta ou outra atividade. Também será feita a busca ativa através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dos usuários sabidamente hipertensos, ou portadores de fatores de risco. Os pacientes portadores de fatores risco, não-hipertensos serão avaliados quanto à possibilidade dos diagnósticos de HAS orientados, mas não terão seu cadastro realizado. Pretendemos criar meios a garantir o diagnóstico adequado e precoce da HAS, a classificações de risco, prevenção e o tratamento das complicações. Espera-se também que, com a intervenção, a UBS priorize medidas de promoção à saúde, o cadastramento, estímulo ao uso correto das medicações, com autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e bem-estar, assim que o projeto contribua para melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Palavras-chave: Hipertensão, Prevalência, Prevenção de Doenças, Promoção da Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivos Geral	15
2.2	Objetivos Específicos	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	17
4	METODOLOGIA	23
5	RESULTADOS ESPERADOS	25
	REFERÊNCIAS	27

1 Introdução

A Unidade Básica de Saúde Chefe Newton/Paraty, localiza na região norte do município de Londrina, estado do Paraná, com uma área de abrangência muito extensa e conjunto habitacional constituído em parte pelos próprios moradores (1993).

Os espaços de lazer são: Casa da Cultura, Centro de eventos, dois hotéis, uma praça, lanchonetes, churrascarias, pizzarias e sorveterias. A comunidade tem acesso aos serviços de correios, bancos, telefonia, mercados, igreja, serviços públicos do bairro, creche, escola, saúde e assistência social, a renda familiar na maioria das famílias estão acima dos 400 reais. As famílias de baixa renda estão incluídas no programa da Bolsa Família, a escolaridade dos moradores da comunidade que predomina é o ensino fundamental incompleto mas ainda existe um baixo por cento de analfabetismo, há saneamento básico no bairro; Rede de água, esgoto e fossas, condições de moradia; de barracos e casas de médio padrão. É realizada três vezes na semana o recolhimento do

lixo nos bairros. O abastecimento de água é permanente. A venda de gás está disponível todos os dias. Às condições de moradia são regulares às casas são alvenarias. O transporte é coletivo.

Nesta UBS tem cadastrada uma população total de 12.678, destes 6.165 pacientes são do sexo masculino, representando 48,6% do total e 6.513 da população são do sexo feminino representando 51,3%, dessa população o membro da equipe B, acompanha atualmente 4.226 pacientes o que representa um 33,3 % do total da população cadastrada na unidade, desta população servida por minha equipe de saúde 2.050 são do sexo masculino, representando um 48,5 % e 2.176 são do sexo feminino para um 51,4%, com relação a faixa etária com menos de 20 anos temos um total de 1.488 pessoas que representa um 35,2 %, entre 20 e 59 anos, temos um total de 1.959 para um 46,3 %, com mais de 60 anos, temos 779 pacientes, para um 18,4 %, nesta faixa etária numericamente não é representativa, pero temos que seguir de perto por ser muito vulnerável a doenças como a depressão, e doenças crônicas não transmissível , podemos observar que o maior numero de pessoas encontra na faixa etária de 20 a 59 anos, elemento a ter em conta por ser muito vulnerável a incidência das doenças crônicas não transmissíveis pelo qual a equipe de saúde deve elaborar estratégias para um melhor control dos fatores de risco para melhorar a qualidade da saúde.

Existe muita preocupação com a prestação do serviço em relação a demora dos resultados dos exames para ser avaliados pelo medico; as fila para atendimento por encaminhamento são longas e também os métodos diagnósticos como imagens. As queixas mais frequentes que levaram à população a nossa unidade de saúde em 2016 recolhidas pelas informações

foram as doenças cardiovasculares (Hipertensão) 90,4%, Endócrinas - Metabólicas (hi-

percolesterolemia, Diabetes Melittus) 88,6%,3, Dermatológicas 79,2% , ostemioartiuulares (sacrolombalgias, tendinites) 78,6% , Sistema Nervoso (depressão, ansiedades) 65,0%.(Dados estadísticos da unidade)

Entre as causas mais freqüentes de internações hospitalar em idosos estiveram: Acidente cérebro vascular, Insuficiência cardíaca descompensada, Hipertensão descompensada, Broncopneumonia e Infarto Agudo do miocárdio. As maiorias dos pacientes tinham diagnósticos de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemias e fatores de risco associados (Tabagismo, Obesidade, Alcoolismo, etc.)

Os pacientes ao chegar à recepção são atendidos pelo usuários do posto que tem a relação dos pacientes agendados que esperam as atividades programadas (consultas médicas, atendimento odontológico, vacinação, etc). Os pacientes que aparecem por demanda espontânea são acolhidos pela enfermeira que classifica de acordo com as prioridades e são encaminhados a outras especialidades, nutricionista, psicologia, assistência social e reabilitador físico por o médico se precisarem.

A enfermeira realiza curativos, injeções, vacinas, exame preventivo de câncer de colo de útero, inalações, entre outras. As visitas domiciliares são programadas e são realizadas pela equipe de saúde, uma vez na semana, nos casos indicados. Estão programadas atividades com o grupo de hiperdia uma vez ao mês. As atividades do grupo de idosos são semanais. As pessoas que permanecem na unidade recebem ações de Educação Permanente, promoção de saúde sobre de estilos de vida, saudáveis inclui o auto cuidado, prevenção de agravos e diferentes temas. Também se realizam reuniões mensal onde se debatem temas relacionados com docência, capacitação ao profissionais, atualização de protocolos, noticias, e problemas de saúde da comunidade.

Os problemas da unidade foram selecionados a partir da observação situacional e também da analise das fontes de dados disponíveis a partir das fichas de produção diária e mensal das equipes - Programa Saúde da Família. Essas fichas especificam o numero de atendimentos, os principais diagnósticos de cada consulta, as estratégias realizadas (solicitação de exames, encaminhamento para especialidades, a idade e a procedência dos pacientes, que possibilitam a listagem dos problemas relacionados.

Foi observado pelas agentes de saúde e equipe ESF o incremento da demanda por consulta de usuários com Hipertensão Arterial. Elevado número de hipertenso há mais de três anos. Maior proporção tem associação a fatores

de risco, trabalham expostos a muito estresse, problemas sócios económicos, biológicos, cultural (incluindo desemprego, baixa renda econômica, doenças crônicas associadas, obesidade),pois são responsáveis por sobrecarregar a demanda espontânea da unidade com a descompensações aguda da doença.

Os pacientes estão descontrolados do ponto de vista da irregularidade do uso de medicação, negligencia em relação aos exames de controle, freqüência as consultas periódicas e falta de adesão as mudanças de estilo de vida.

A classificação das prioridades foi feita a partir do análise dos seguintes pontos; magnitude do problema, dimensão, pertinência, eficácia, resolutividade, legalidade, aceitabilidade, importância do problema. A partir disso, foi selecionado o problema de maior prioridade pelo resultado da aplicação dos critérios acima referidos, dessa forma a falta de controle dos pacientes Hipertensos foi citado como um dos principais problemas a ser resolvido, o qual vai a ser trabalhado em meu projeto de intervenção.

O problema em questão tem alta importância devido ao grande número de usuários hipertensos. Isso já significa um quadro de urgência. A solução do problema esta quase totalmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe que para melhorar enfrentá-lo, deve classificar os pacientes em grupos de risco, instituir o hiperdia, criar grupos específicos de controles, dentre outras medidas.

Para a classificação em grupo de risco será usada a escala de risco de Framingham revisada de acordo com D'Agostino et al (2008), que consiste em algoritmo de risco multivariado que incorpora os fatores de risco das doenças cardiovasculares que podem ser usados na Atenção Primária à Saúde para estimar o risco individual dos pacientes de desenvolver as doenças cardiovasculares. Esse algoritmo se estende e expande na formulação de risco geral de doenças cardiovasculares 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 doenças cardiovasculares absoluta, de acordo com escala modificada (D'Agostino et al., 2008). A proposta de D'Agostino et al. (2008) foi criada uma ferramenta de avaliação de risco multivariável única que permite-se identificar candidatos de alto risco para eventos cardiovasculares ateroscleróticos iniciais utilizando medidas prontamente disponíveis na clínica e laboratório.

O hiperdia é um sistema de cadastramento e acompanhamento de usuários hipertensos e diabéticos nas unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde que gera informações para os gerentes locais, gestores de secretarias municipais, estaduais e ministério da saúde. Além do cadastro o sistema permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos e, em médio prazo, pode permitir o desenvolvimento do perfil epidemiológico da população, com consequente desenvolvimento de estratégias de saúde para modificar e melhorar o quadro atual (Saúde, 2013, DATA SUS). Programa instituído em 2001 com a criação do plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, segundo portaria GM/MS 235 em fevereiro de 2001, com o objetivo de estabelecer a organização da assistência, prevenir e promover saúde, a implementação de programa de educação permanente em hipertensão, diabetes e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares. (Saúde 2013)

A HAS é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência varia entre 22% e 44 % na população com 18 anos ou mais ([CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010](#)).

As doenças não transmissíveis são as principais causas de morbimortalidade nos adul-

tos, e um importante obstáculo na prolongação da vida e na sua qualidade. Uma delas é a Hipertensão Arterial Sistêmica, que é a mais comum entre as que afetam a saúde dos indivíduos adultos em todas as populações e um importante motivo de consulta médica. (Segura da morena)

Dados do Ministério de Saúde ((BRASIL, 2015) revelam que mais de 30 milhões de brasileiros sofrem Hipertensão Arterial. O Brasil figura no sexto lugar entre os países com a mais alta taxa de morte por doenças cardíacas.

A preocupação é grande, apesar de apresentar uma redução significativa de 30.8%, nas mortes por doença cardiovascular de 2001 a 2011, vemos a Hipertensão Arterial em uma tendência crescente (BRASIL, 2013), (BRASIL, 2015). É um dos principais fatores de riscos para a ocorrência do acidente vascular cerebral, infarto, aneurisma arterial e insuficiência renal e cardíaca (BRASIL, 2013).

Nas estatísticas de saúde pública percebem que a Hipertensão Arterial Sistêmica tem alta prevalência e baixa taxa de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública, como citado nas VI diretrizes Brasileiras de Hipertensão.(NOBRE, 2010).

A doença cardiovascular são importantes causas de morbidade, internações frequentes e mortalidade, gerando alto custo econômico e, além disso, sabe-se que a mortalidade por doenças cardiovasculares aumenta progressivamente com o aumento de pressão arterial (NOBRE, 2010).

De acordo com o sistema de informações do ministério de saúde sobre mortalidade de 2010. As doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morte no país, representando cerca de 31,1% dos óbitos em todas as regiões do país, a frente das neoplasias, responsáveis por 16,7%(BRASIL, 2013). Além disso, as doenças cardiovasculares são muitas vezes silenciosas ou que podem se desenvolver de forma silenciosa, ressaltando a importância da prevenção. Por esses motivos, o controle adequado dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica deve ser prioridade da atenção básica a partir do princípio de que um diagnóstico preciso, o bom controle e tratamento e de possível alcance com os recursos disponíveis.(saúde 2013).

Na realidade das equipes do programa saúde da família Chefe Newton são constantes os atendimentos de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, com mau controle, que evoluíram com complicações cardiovasculares graves, possivelmente evitáveis, como Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral por exemplo. Além disso são frequentes os casos de pacientes com descompensações agudas dos níveis de pressão arterial, que sobrecarregam a demanda espontânea. A falta de adesão dos usuários às mudanças de estilo de vida e ao tratamento adequado da hipertensão arterial sistêmica também são evidentes durante as consultas médicas e de enfermagem.

Dessa forma, devido à alta prevalência na Hipertensão Arterial Sistêmica na população da área de abrangência e ao evidente grau de descontrole desses pacientes, acreditasse que

o projeto de intervenção proposto seja importante e possibilite melhora das condições de saúde e de vida da população adstrita, reduza a morbimortalidade relacionada as doenças cardiovasculares e indiretamente aos custos médicos e sócio econômicos relacionados ao mal controle desses pacientes.

favorecem a proliferação de baratas, mosquitos, ratos, entre outros, prejudiciais para saúde. A área de abrangência apresenta casos de gestação indesejada entre adolescentes; há número considerável de pessoas com baixa renda, muitos assistidos por programas sociais como bolsa de família e a bolsa de gestantes. muitas moradias precárias; idosos que ficam sozinhos ; t algumas famílias moram no assentamento existente no local, o qual não possui condições básicas de saneamento, ,, e A UBS Chefe Newton tem cadastrada uma população total de 12.678 pessoas, destes 6.165 pacientes são do sexo masculino, representando um 48,6% do total e 6.513 da população são do sexo feminino representando um 51,3%. (e a composição das demais equipes?) Dessa população total o membros da equipe B que e onde eu trabalho acompanha atualmente 4.226 pacientes o que representa um 33,3 %, do total da população cadastrada na UBS, desta população servida por minha equipe de saúde 2.050 são do sexo masculino, representando um 48,5%, e 2.176 são do sexo feminino para um 51,4 %, com relação a faixa etária com menos de 20 anos temos um total de 1.488 pessoas, que representa um 35,2 %, entre 20 e 59 anos temos um total de 1.959 para um 46,3 %, com mais de 60 anos temos 779 pacientes, para um 18,4%, nesta faixa etária numericamente não e representativa, pero temos que seguir de cerca pois necessitam de prioridade de saúde por ser muito vulnerável a doenças como a depressão, podemos observar que o maior número de pessoas encontra-se na faixa etária de 20 a 59 anos, elemento a ter em conta por ser muito vulnerável a incidência das doenças crônicas não transmissíveis e doenças transmissíveis pelo qual a equipe de saúde deve elaborar estratégias para um melhor control dos fatores de risco para diminuir as incidências das doenças, e melhorar a qualidade de vida da comunidade. Existe muita preocupação com a prestação dos serviço em relação a demora dos resultados dos exames para ser avaliados pelo medicos; as fila para atendimento por encaminhamento são longas e também os métodos diagnósticos como imagens. As afecções mais prevalentes são, Doenças cardiovasculares (Hipertensão) 90,4%, Endócrinas - Metabólicas (hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, Diabetes Melittus) 88,6%,3, Dermatológicas 79,2% , ostemioartiulares (sacrolombalgias, tendinites) 78,6% , Sistema Nervoso (depressão, ansiedades) 65,0%. (necessário colocar as referências de onde são tiradas as informações)

Os problemas da unidade foram selecionados a partir da observação situacional e também da análise das fontes de dados disponíveis a partir das fichas de produção diária e mensal das equipes - Programa Saúde da Família. A partir disso, foi selecionado o problema de maior prioridade pelo resultado da aplicação dos critérios acima referidos, dessa forma a alta incidência da Hipertensão Arterial, a falta de controle dos pacientes Hipertensos foi citado como um dos principais problemas a ser resolvido, o qual vai a ser

trabalhado em meu projeto de intervenção. Os pacientes estão descontrolados do ponto de vista da irregularidade do uso de medicação, negligência em relação aos exames de controle, frequência as consultas periódicas e falta de adesão as mudanças de estilo de vida. O problema em questão tem alta importância devido ao grande numero de usuários hipertensos. Do total d populacao, 67,5% são hipertensos, isso já significa um quadro de urgência, pois são responsáveis por sobrecarregar a demanda espontânea da unidade com a descompensacoes aguda da doença.(referenciar com material, por exemplo, dos Cadernos de Atenção Básica; Política Nacional de Atenção Básica; etc)

Alem disso, a doenças cardiovasculares e condição muitas vezes silenciosa ou que pode se desenvolver de forma silenciosa, ressaltando a importância da prevenção. Por esses motivos, o controle adequado dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica deve ser prioridade da atenção básica a partir do principio de que um diagnostico preciso, o bom controle e tratamento e de possível alcance com os recursos disponíveis. Na realidade das equipes do programa saúde da família Chefe Newton são constantes, os atendimentos de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, com mau controle, que evoluíram com complicações cardiovasculares graves, possivelmente evitáveis, como Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral por exemplo. Alem disso soã frequentes os casos de pacientes com descompensações agudas dos níveis de pressão arterial, que sobrecarregam a demanda espontânea. A falta de adesão dos usuários as mudanças de estilo de vida e ao tratamento adequado da hipertensão arterial sistêmica também são evidente durante as consultas medicas e de enfermagem. Dessa forma, devido a alta prevalência na Hipertensão Arterial Sistêmica na população da área de abrangência e ao evidente grau de descontrole desses pacientes, acreditasse que o projeto de intervenção proposto seja importante e possibilite melhora das condições de saúde e de vida da população adstrita, reduza a morbimortalidade relacionada as doenças cardiovasculares e indiretamente aos custos médicos e sócio econômicos relacionados ao mal controle desses pacientes.

2 Objetivos

2.1 Objetivos Geral

Propor um plano de ações multiprofissional que contribua com a redução da incidência e prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica na população adulta acompanhada pela Equipe-B da Unidade de Saúde Chefe Newton, no município de Londrina (PR).

2.2 Objetivos Específicos

- Elaborar atividades de educação e promoção da saúde com a população.
- Sistematizar o acompanhamento regular dos pacientes hipertensos em consultas medica e de enfermagem.
- Estimular a adesão e corresponsabilidade dos pacientes ao tratamento pactuado com os profissionais de saúde.

3 Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial (HA) é definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação intermitente ou sustentada da pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg ou mais, ou pressão diastólica maior que 90 mmHg, associassem frequentemente a alterações funcionais e ou estruturais dos órgãos alvo (coração, encéfalo, rins, e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com aumento dos riscos de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010).

De acordo com as Sociedade Brasileiras de CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO e NEFROLOGIA (2010) a linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica 140 mmHg e/ou de PA diastólica 90 mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deve ser validado por medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões. Após o diagnóstico de HAS, o paciente deve ser submetido a avaliação clínica e laboratorial e estratificação de risco para que possa ser iniciado tratamento adequado.

NOBRE (2010) aponta que os Fatores de Risco (FR) para HAS são: idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética. Como exposto por TRAVAGIM et al. (2010) além das DCV, a HAS também constitui fator de risco para DRC. A HAS é um dos principais grupos de risco para o desenvolvimento da DRC e estudos evidenciam que o controle dos níveis pressóricos pode minimizar a progressão da DRC ou mesmo impedir o seu aparecimento.

Em seu trabalho MURARO et al. (2013) afirmam que existe relação de causa e efeito entre aumento de massa corporal e de PA que já foi demonstrada em diversos estudos. Sabe-se que, em nível individual, dieta rica em sódio e álcool e pobre em potássio e fibras está relacionada com o aumento dos níveis de PA. Apesar das evidências incontestáveis, esses FR relacionados aos hábitos de vida continuam a aumentar, levando ao aumento da incidência, da prevalência e do controle inadequado da HAS na população (BRASIL, 2006).

Diversos FR além dos clássicos (idades: homens >55 e mulheres > 50 anos; tabagismo; dislipidemias: triglicérides >150mg/dl, LDL >100mg/dl, HDL menor de 35, circunferência abdominal >102cm para homens e > 88cm para mulheres; pressão de pulso >65 mmHg para idosos; história de pré-eclâmpsia; história familiar de HAS em hipertensos limítrofes), lesões subclínicas de órgão alvo e condições associadas a HAS devem ser avaliadas para melhor abordagem do paciente pois, ainda que alguns não tenham sido incorporados em escore de classificação de risco que permitisse candidatos de alto risco para eventos cardiovasculares ateroscleróticos iniciar utilizando medidas prontamente disponíveis na clínica e laboratório. Os usuários que apresentam doença cardiovascular ao exame clínico inicial (insuficiência coronária, insuficiência cardíaca, hipertrofia ventricular esquerda, in-

suficiência arterial periférica, insuficiência renal crônica estágio 3 ou mais, história de acidente vasculares encefálicos ou ataque isquêmicos transitório) já são classificados como alto risco (NOBRE, 2010)

A hipertensão arterial afeta aproximadamente 20% da população mundial e este percentual aumenta com a idade. Na faixa etária >60 anos, metade da população está hipertensa (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010). No Brasil, mais da metade dos hipertensos desconhece a presença da doença ou não faz o tratamento. Em 2007, entre os hipertensos adultos em tratamento na Secretaria Municipal da Saúde de Joinville, apenas 36,6% apresentavam níveis de pressão arterial dentro dos valores de referência (HOEPFNER; FRANCO, 2010).

No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel – 2011), é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (ANDRADE et al., 2015).

Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010).

Estimativas indicam uma prevalência ascendente da HAS e seu impacto nas populações será ainda mais danoso nos próximos anos. Em Brasil, essas estimativas apontam que 18 milhões de indivíduos são hipertensos, e seus agravos vêm se apresentando como a principal causa de óbito desde a década de 1960. Nesse cenário, a HAS apresenta-se como um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, principalmente, em decorrência de seu curso clínico lento, gradual e assintomático (BOING et al., 2007) .

Dados atuais mostram que, no Brasil, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis, no ano de 2005, por 28,2% do total dos óbitos. Entre estas, a doença cerebrovascular foi a primeira causa, seguida pela doença isquêmica do coração, com coeficientes de mortalidade de 48,9 e 46,1 por 100.000 habitantes, respectivamente (BRASIL, 2006).

De acordo com a Secretaria de Saúde, a taxa de mortalidade por doenças cardiocerebrovasculares, na faixa etária de 0 a 69 anos de idade, foi de 78,04/100.000 habitantes 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 (BRASIL, 2013). No ano 2013 a prevalência de HAS foi de

25,8% no sexo masculino e no sexo feminino de 20,0% e um 22,8% no estado Paraná. Em Londrina (PR), as principais causas de óbito, em 2005, foram: 30,5% por doenças do aparelho circulatório, 19,6% por neoplasias e 13,5% por causas externas. Dentre as causas do aparelho circulatório, as doenças cerebrovasculares, com 36,2%, e as doenças isquêmicas do coração, com 27,3%, foram as principais. As doenças hipertensivas, isoladamente, corresponderam a 15,0% das causas de mortes do aparelho circulatório (MALTA et al., 2013).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adstrita, 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, fundamental 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. 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. Estudos apontam que em países com redes estruturadas de AB, 90% da população adulta consulta, pelo menos uma vez ao ano, seu médico de família. Mesmo assim, existem dificuldades no diagnóstico e no seguimento ao tratamento. Sugere-se 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 produzem os resultados esperados (BRASIL, 2013). 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. Por tanto, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas (BRASIL, 2010).

SANTOS e MOREIRA (2012) demonstram a necessidade da promoção da educação continuada para equipe de saúde envolvida no tratamento e acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, com o fim de diminuir a incidência das complicações. HOEPFNER e FRANCO (2010) também sugerem a necessidade de programas de educação permanente para os profissionais de saúde e de outras medidas para melhorias no

controle da HAS nas UBS. LIMA et al. (2009) concordam e citam que a implementação de diretrizes clínicas na AB, como no caso do tratamento da HAS, incorre em baixíssima adesão dos profissionais de saúde, se não se associa a estratégias para garantir a estrutura de recursos necessária, para motivar os profissionais, para monitorar processo e resultados obtidos e, para realmente empreender mudanças na cultura dos serviços de saúde. Dessa forma, percebe-se que esses diversos estudos evidenciam que a atualização, o treinamento e o estímulo contínuo dos profissionais de saúde da APS são essenciais para o sucesso de propostas de intervenção como essa de melhoria no controle dos hipertensos.

RIBEIRO et al. (2011) trazem que as práticas educativas na APS devem, além de fornecer informações sobre a terapia anti-hipertensiva, estimular a auto percepção da doença e a co-responsabilização do indivíduo com seu próprio cuidado, por meio de, por exemplo, oficinas educativas em grupos e orientações domiciliares. Além disso, conclui também que agregar os familiares às atividades de educação em saúde mostrou-se importante por facilitar as mudanças de estilo de vida no núcleo familiar e aumentar a adesão dos hipertensos ao tratamento. Destaca-se ainda a necessidade do trabalho multiprofissional e interdisciplinar para lidar com a complexa demanda que envolve o portador de HAS.

Também de acordo com PIERIN et al. (2011) o descontrole e a baixa adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos são problemas que devem ser enfrentados conjuntamente pelo paciente hipertenso, pela família, pela comunidade, pelas instituições e pela equipe de saúde.

GZ et al. (2009) complementam que, medidas como o estudo dos FR associados a HAS e estratégias de controle efetivas associadas a ações de educação comunitária e monitoramento prioritário dos indivíduos de alto risco, contribuíram para queda substancial na mortalidade em quase todos países desenvolvidos.

Dessa forma, percebe-se que esses diversos estudos evidenciam que a atualização, o treinamento e o estímulo contínuo dos profissionais de saúde da APS são essenciais para o sucesso de propostas de intervenção como essa de melhoria no controle dos hipertensos.

Além disso, XAVIER et al. (2008) afirmam haver efeito protetor de algumas doenças dependente do tempo de participação no PSF, apesar de uma prevalência maior de HAS e obesidade na população participante desse programa. Dessa forma, esses estudos permitem a inferência de que a coleta de dados, feita de forma correta e a utilização adequada desses dados é condição essencial e muito importante para a implementação inicial e para o sucesso na aplicação de um projeto de intervenção como o proposto neste trabalho.

De acordo com ZILMER et al. (2010) os resultados encontrados evidenciam que o sistema de informação do HIPERDIA, na unidade de saúde estudada, possui uma boa completude na maioria das variáveis analisadas, além de, quando corretamente utilizados, pela riqueza de dados que podem reunir, os sistemas de informação possibilitam a comprovação da necessidade de alocação de recursos financeiros para a execução de ações para o cuidado adequado da população acometida, concorrendo para a implementação de

medidas preventivas e de promoção da saúde da população assistida.

Para o tratamento adequado a possibilidades de se contar com uma equipe multiprofissional é estratégia desejável, já que a HAS é uma síndrome clínica multifatorial. O objetivo primordial do tratamento é a redução da morbimortalidade cardiovascular calculado, devem ser escolhidos os anti-hipertensivos adequados para cada paciente dentre as diversas classes disponíveis atualmente, o controle da PA se associa com a diminuição da morbimortalidade cardiovascular, independentemente da classe medicamentosa usada. Para o sucesso do tratamento e a adesão adequada do paciente ao tratamento a relação médico/paciente deve ser a base de sustentação, adicionada à abordagem multidisciplinar, que também auxilia no aumento do controle da HAS (NOBRE, 2010).

LIMA et al. (2009) a partir da avaliação do perfil dos usuários hipertensos diabéticos em unidade básicas de saúde, descrevem que em relação às complicações crônicas decorrentes dessas doenças, as mais comuns foram as cardiovasculares e ainda que os fatores de risco estiveram relacionados aos hábitos de vida sedentários, ao sobrepeso e a obesidade. O mesmo estudo concluiu que há necessidade da realização de estudos que busquem descrever melhor a população de usuários portadores dessas afecções crônicas, com vista a oferecer subsídios para o planejamento de ações que possam melhorar a qualidade de vida destes indivíduos, retardando o aparecimento de complicações crônicas.

4 Metodologia

A intervenção será desenvolvida na área de abrangência da UBS "Chefe Newton/Paraty", localizado na região norte do município de Londrina, Paraná. A proposta será desenvolvida na área de abrangência da equipe B de saúde da família, que acompanha atualmente 4, 226 pessoas e 1, 127 cadastrados com HAS. O conjunto das atividades previstas inclui: o cadastro e estratificação de risco; seqüência do acompanhamento; controle da frequência e regularidade das consultas; adesão dos pacientes ao tratamento e modificação do estilo de vida.

Tomaremos como base o SisHiperdia em seu sistema de cadastramento e acompanhamento dos portadores de HAS e/ou diabetes mellitus (DM), em todas as Unidades Básicas do SUS; e também possui o propósito de gerar informações para os trabalhadores e gestores de saúde, para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos a todos os usuários cadastrados. Para seleção, adotaram-se como critérios de inclusão: serem pacientes da área da abrangência da equipe B; ambos sexos; maior de 18 anos; apresentarem diagnóstico médico de hipertensão arterial ou fatores de risco cardiovasculares.

A exemplo de Barros, (2006), para abordagem dos pacientes Hipertensos, a proposta inicial é a realização do cadastro e estratificação de risco cardiovascular . O cadastramento será realizado quando usuários hipertensos comparecem a unidade. Também será feita busca ativa de casos através dos ACS. Os pacientes portadores de fatores risco não-hipertensos serão avaliados quanto a possibilidade do diagnósticos de HAS e orientados, mas não terão seu cadastro realizado. Será utilizada uma ficha de cadastro do Hipertensos e/ou Diabéticos já existente na UBS, com preenchimento sobre dados de identificação; antropometria; (fatores risco; medicações em uso; comorbilidades e classificação de risco de cada paciente.

Os fatores de risco avaliados serão os necessários para possibilitar a estratificação de risco pela escala de Framingham revisada. Durante o cadastramento, os ACS e/o técnico de enfermagem preencherão os dados de identificação e antropométricos. Durante as consultas, o preenchimento dos demais dados e a estratificação dos pacientes será realizada. Os pacientes com a estimativa de risco de evento cardiovascular , serão classificados, esta escala será utilizada para homens e mulheres estudadas para realizar a estratificação de risco cardiovascular em 10 anos. Os usuários classificados como baixo risco deverão realizar pelo menos duas consultas médicas e uma consulta de enfermagem ao ano, Os de moderado risco três consultas médicas e uma de enfermagem ao ano, e os de alto risco três consultas médicas e duas consultas de enfermagem ao ano; esses últimos deverão ser acompanhados conjuntamente em ambulatórios especializados na atenção secundária.

Todos os usuários receberam no mínimo doze visitas domiciliares realizadas pelo ACS ao ano. Os exames complementares serão solicitados durante as consultas médicas e de

enfermagem, de acordo com protocolos da linha guia de HAS. O controle da frequência e regularidade dos pacientes às consultas, além da análise da adesão ao tratamento e modificação do estilo de vida será feita por agentes comunitário nas visitas domiciliares por meio do acompanhamento pelas fichas de acompanhamento do Hipertenso e/ou Diabéticos. 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 HASs centradas em medidas de promoção à saúde e prevenção de complicações durante todas as atividades realizadas, desde o cadastramento e as visitas domiciliares até as consultas médicas e de enfermagem.

Para a realização das operações do projeto de intervenção exposto, serão necessários diversos recursos, como:

- Organizacionais: Equipamentos adequados para realização da classificação de risco. Esfigmomanômetros, estetoscópios, fitas métricas e balanças, cópias das fichas a serem usadas para classificação e acompanhamento. Espaço físico será realizado nas consultas de acolhimento e consultório médico da equipe B. Disponibilidade dos profissionais .Os profissionais da Equipe B de Saúde Familiar.
- Econômicos: Recursos financeiros para aquisição dos materiais organizacionais necessários;
- Cognitivos: Capacitação dos profissionais de saúde para realização de suas tarefas no projeto de intervenção.
- Poder: Recursos políticos necessários para implementação as ações e regularização das propostas. O primeiro passo para implementação do projeto será viabilizar a disponibilização dos recursos organizacionais e econômicos frente a reunião com a coordenação da UBS. A atualização conceitual e o treinamento dos profissionais de saúde da equipe para as atividades serão realizados conjuntamente pelo médico e pela enfermagem, durante as reuniões da equipe. A gerente das operações será a enfermeira, que já exerce cargo de liderança na equipe. Cronograma das atividades propostas pelo projeto intervenção para melhoria do controle dos pacientes com HAS. Cadastramento de hipertensos: (Em 6 meses), responsáveis (ACS, Técnica de Enfermagem). Reunião com a coordenação UBS: (todos os meses para avaliar as atividade do projeto), responsáveis(Equipe saúde da família). Atualização conceitual e treinamento dos profissionais da equipe de saúde: (durante o tempo que dure a intervenção), responsáveis (Médica, Enfermagem). Avaliação e estratificação de risco dos hipertensos de acordo com a escala de risco de Framingham revisada: (Em todas as consultas), responsáveis (Médica, Enfermagem). Predeterminar horário das consultas e outras atividades: (Desde o inicio da intervenção), responsáveis (Enfermagem). Controle do acompanhamento dos pacientes e avaliação dos dados das fichas de cadastro e de acompanhamento: (durante o tempo que dure a intervenção), responsáveis (ACS, Técnica de Enfermagem, Médica, Enfermagem).

5 Resultados Esperados

A hipertensão arterial sistêmica, assim como outras doenças crônicas degenerativas não - transmissíveis, apresenta alta taxa de prevalência e reduzido controle adequado na atenção básica a saúde. Por ser passível de diagnóstico precoce e controle adequado por meio de medidas farmacológicas e não - farmacológicas, proposta como a do plano de intervenção em questão são importantes por contribuir otimizando o controle das afecções crônicas e diminuindo a ocorrência de eventos na população acometida pela HAS. Com isso, busca-se reduzir a morbimortalidade relacionada às doenças cardiovasculares para a população de interesse deste estudo e os custos a ela relacionados.

A implementação do plano de ação proposto tem diversas vantagens, como a possibilidade de diagnóstico adequado e precoce da HAS em diversos pacientes, a classificação de risco auxiliando a prevenção e o tratamento precoces das complicações e a priorização das medidas de promoção à saúde. Outra vantagem do presente projeto é a priorização, que permite o cadastramento de portadores, o seu acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo em que, em médio prazo, poderão ser definidos o perfil epidemiológico desta população, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública, que levarão à modificação do quadro atual.

Acredita-se que, aumentando a adesão da população às mudanças de estilo de vida, ao uso correto das medicações e estimulando a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e de bem estar, o projeto contribuirá de forma significativa à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e à redução do custo social da população adstrita.

Referências

- ANDRADE, S. et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: Análise da pesquisa nacional de saúde. *http://www.scielo.org/pdf/v24n2/2237-9622-ress-24-02-vo297.pdf*, v. 24, n. 2, p. 2237–9622, 2015. Citado na página 18.
- BOING, A. et al. Hipertensão arterial sistêmica: O que nos dizem os sistemas brasileiros dos cadastramentos e informações em saúde. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 14, n. 2, p. 84–88, 2007. Citado na página 18.
- BRASIL, M. da S. *Hipertensão Arterial Sistêmica: Caderno de atenção básica*. Brasília: Ministério de Saúde, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- BRASIL, M. da S. *Hipertensão Arterial Sistêmica no Brasil. Tendência Temporal: Caderno de atenção básica*. Brasília: Ministério de Saúde, 2010. Citado na página 19.
- BRASIL, M. da S. *Hipertensão Arterial Sistêmica: Caderno de atenção básica*. Brasília: Ministério de Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2013. Citado 3 vezes nas páginas 12, 18 e 19.
- BRASIL, M. da S. *Estratégia para o cuidado de pessoas com doenças crônicas: Caderno de atenção básica*. Brasília: Ministério de Saúde, 2015. Citado na página 12.
- CARDIOLOGIA, S. B. D.; HIPERTENSÃO, S. B. D.; NEFROLOGIA, S. B. D. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 95, n. 1, p. 1–51, 2010. Citado 3 vezes nas páginas 11, 17 e 18.
- GZ, L. et al. Prevalência de níveis pressóricos elevados e fatores associados em adultos de IAGES/SC. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 93, n. 3, p. 387–394, 2009. Citado na página 20.
- HOEPFNER, C.; FRANCO, S. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Cardiologia*, v. 95, n. 2, p. 223–229, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 19.
- LIMA, S. et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 9, p. 2001–2011, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 21.
- MALTA, D. et al. Prevalência da hipertensão arterial aferida na população brasileira: Pesquisa nacional de saúde. *Rev. Med. J.*, v. 134, n. 2, p. 163–170, 2013. Citado na página 19.
- MURARO, A. et al. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica autorreferidas segundo o nível de desenvolvimento humano nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 5, p. 1387–1398, 2013. Citado na página 17.
- NOBRE, F. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 17, n. 1, p. 11–17, 2010. Citado 4 vezes nas páginas 12, 17, 18 e 21.

- PIERIN, A. et al. Control de hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em unidade básica localizada na região oeste da cidade de sao paulo. *Ciência Coletiva*, v. 16, p. 1389–1400, 2011. Citado na página 20.
- RIBEIRO, A. et al. Representação sociais de mulheres portadora de hipertensão arterial sobre sua enfermidade. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 1, p. 87–112, 2011. Citado na página 20.
- SANTOS, J.; MOREIRA, T. Fatores de risco e complicações em hipertensão / diabéticos de uma região sanitária do nordeste brasileiro. *Revista de enfermagem UBP*, v. 46, n. 5, p. 1125–1132, 2012. Citado na página 19.
- TRAVAGIM, D. et al. Prevenção e promoção de doença renal cronica: Atuação do enfermeiros em diabéticos e hipertensos. *Revista Enfermeira UERJ*, v. 18, n. 2, p. 291–297, 2010. Citado na página 17.
- XAVIER, A. et al. Tempo de adesao a estrategia de saude da familia protege aidoso de doenças cardiovasculares em florianópolis 2003-2007. *Ciência saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1543–1551, 2008. Citado na página 20.
- ZILMER, J. et al. Avaliação da completude das informações do hiper dia em uma unidade básica do sul do brasil. *Revista Gaucha de Enfermagem*, v. 31, n. 2, p. 240–246, 2010. Citado na página 20.