



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

Silvia Irla Alfaro Yabar

Projeto de Intervenção: análise do perfil clínico
epidemiológico de pacientes hipertensos em Unidade
Básica de Saúde em Londrina-PR.

Florianópolis, Abril de 2017

Silvia Irla Alfaro Yabar

Projeto de Intervenção: análise do perfil clínico epidemiológico de
pacientes hipertensos em Unidade Básica de Saúde em
Londrina-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: Fabricio Augusto Menegon
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Silvia Irla Alfaro Yabar

Projeto de Intervenção: análise do perfil clínico epidemiológico de
pacientes hipertensos em Unidade Básica de Saúde em
Londrina-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

Fabricio Augusto Menegon
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Introdução: a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença de alta prevalência e baixo controle em nosso país. A falta de tratamento adequado desta doença leva a um aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares. Para um correto manejo da HAS, torna-se fundamental o conhecimento da população afetada e a estratificação de risco cardiovascular. Objetivo: este trabalho tem como objetivo conhecer o perfil clínico epidemiológico da população hipertensa da Unidade Básica de Saúde do distrito Warta, zona rural do município de Londrina - PR, a fim de otimizar o tratamento destes pacientes. Métodologia: será realizado a estratificação do risco cardiovascular dos pacientes por meio do escore de Framingham em consultas médicas e de enfermagem. A partir dessa classificação será traçado um plano terapêutico adequado para cada grupo de risco. Resultados Esperados: com a implantação deste projeto, espera-se melhor controle da HAS, um seguimento adequado dos paciente e diminuição do índice de mortalidade por doenças cardiovasculares no referido distrito. Além disso, será possível também um diagnóstico precoce desta doença e tratamento apropriado de outras comorbidades que a acompanham. Pretende-se também realizar uma conscientização da população acerca da doença, com adoção de hábitos de vida saudáveis, não somente para a população doente, mas também para toda a comunidade, alcançando, assim, a prevenção primária da HAS.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial, Risco Cardiovascular, Atenção Básica

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Gertrudes Stapassoli Herek está localizada no distrito Warta, zona rural da região norte da cidade de Londrina, Paraná. Atualmente, o distrito conta com uma população de aproximadamente 1.727 habitantes, entre os residentes na área urbana e os que se distribuem pelas chácaras, sítios e fazendas que compõem a região. A população rural é em torno de 200 habitantes. O distrito organiza-se socialmente através da subprefeitura e da presença do administrador rural.

Em relação às condições de vida da comunidade, 68,71% da população se beneficia com abastecimento de água tratada, sendo que a área rural utiliza poços ou nascentes. Não há rede de esgoto, os dejetos são armazenados em fossas sépticas. A coleta de lixo ocorre três vezes por semana. A maioria das famílias possui casas de alvenaria.

No distrito há uma escola de Ensino Fundamental, sendo que 89,53% da população acima de 15 anos é alfabetizada. A maior parte dos moradores tem ocupação em empresas associadas ao ramo rural e nas próprias fazendas em trabalhos rurais. Existem áreas de lazer como campo de futebol, onde ocorrem jogos nos finais de semana, uma praça e reuniões nas igrejas. Cabe ressaltar a influência das instituições religiosas no distrito.

A população mantém-se estável nos últimos anos, sendo o distrito caracterizado por famílias residentes há muito tempo e pouca imigração. A população é composta por 51% de homens e 49% de mulheres. Quanto a faixa etária, a maioria da população (em torno de 57%) possui entre 20 e 60 anos, sendo aproximadamente 13% da população acima de 60 anos.

Entre os agravos mais comuns da população, destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, com prevalência de 18% e 3% na população geral do distrito, respectivamente. Em relação à procura do serviço de saúde, as principais causas de consultas médicas foram: doenças do sistema respiratório (22,55%), doenças do sistema nervoso (18,74%), doenças de articulações (12,53%), doenças do sistema circulatório (13,02%) e doenças do sistema geniturinário (10,42%).

Dentro desse cenário, a atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) torna-se um assunto relevante e que deve ser discutido. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo uma doença de alta prevalência e baixo controle (SAÚDE, 2013). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares (CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (SAÚDE, 2013), ainda é um desafio no Brasil o controle da HAS e suas complicações. Um dos problemas de saúde mais comuns que as equipes de Saúde enfrentam é a realização de diagnóstico precoce, tratamento e controle dos níveis

pressóricos dos usuários.

Neste contexto, destacam-se as equipes Atenção Básica, que são primordiais para alcançar tais objetivos. Estes profissionais são fundamentais nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Essas estratégias devem ter a prática centrada na pessoa e o envolvimento coletivo para serem atingidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Sabe-se que as doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no Brasil e são responsáveis por alta frequência de internações, produzindo elevados custos médicos e socioeconômicos, sendo a elevação da pressão arterial diretamente relacionada com a mortalidade das DCV. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Dessa forma, atuar no manejo adequado da HAS e na adesão ao tratamento é fundamental para modificação desse desfecho.

Na realidade da UBS Warta são inúmeros os atendimentos à hipertensos mau controlados e alguns já com sequelas decorrentes do mau controle da doença. Sabe-se que um correto conhecimento da população doente, suas características e sua estratificação são essenciais para o controle adequado deste agravo. Além disso, a avaliação do risco cardiovascular é fundamental para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente. Nota-se na UBS a falta dessa caracterização e estratificação, tornando-se necessária uma intervenção, afim de permitir um melhor controle da doença, melhor adesão ao tratamento, prevenção de complicações e planejamento de estratégias a serem realizadas pela Equipe de Saúde de Família com base nesse perfil, organizando, assim, o cuidado continuado desses pacientes.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Melhorar o controle e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) por meio do conhecimento do perfil dos pacientes em Unidade Básica de Saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes com HAS;
- Realizar estratificação de risco dos pacientes de acordo com escala de Framingham;
- Organizar estratégias de atenção aos pacientes com HAS conforme o perfil epidemiológico e estratificação de risco.

3 Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como níveis sustentadamente elevados de pressão arterial que conferem maior risco de complicações cardiovasculares. No Brasil, estima-se uma prevalência média de 32,5%. A HAS tem papel fundamental na mortalidade por doenças cardiovasculares, sendo que estas representam a principal causa de óbitos em nosso país (CARDIOLOGIA, 2010).

Estudos estimam que a prevalência global de HAS seja de um bilhão de indivíduos, levando a cerca de 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (SAÚDE, 2006).

Os principais fatores de risco para HAS são: idade (relação direta e linear), excesso de peso e obesidade, elevada ingestão de sal e álcool, sedentarismo. (LONGO et al., 2013) Também associam-se fatores genéticos e ambientais. O controle do peso é medida capaz de reduzir a pressão arterial, estima-se uma redução aproximada de 5 a 20 mmHg para cada dez quilos de peso reduzido (CHOBANIAN et al., 2003). Além disso, mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis, que incluem alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e tabagismo, são fundamentais para a prevenção da HAS. Dessa forma, estratégias para prevenção primária e detecção precoce desta doença são as formas mais efetivas de evitá-la (CARDIOLOGIA, 2010).

De acordo com Lopes et al. (2009), a HAS é doença assintomática, sendo o diagnóstico geralmente feito numa consulta por queixa não relacionada. Entretanto, os elevados níveis pressóricos levam tardiamente a complicações, conhecidas como lesões sobre órgãos-alvo. São as principais: cardiopatia hipertensiva, que engloba diversas alterações cardíacas como hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência cardíaca e doença coronariana aterosclerótica; acidente vascular encefálico, sendo a maioria de origem isquêmica, há também o declínio cognitivo e a demência; doença renal crônica, sendo a HAS sua principal causa no Brasil; retinopatia e aortopatia e doença arterial periférica.

Como rastreamento desta doença, todo indivíduo com dezoito anos ou mais independente do motivo de busca do serviço de saúde, deve ter ao menos uma verificação de pressão arterial registrada em prontuário nos últimos dois anos (SAÚDE, 2013). Assim:

De acordo com a média dos dois valores pressóricos obtidos, a PA deverá ser novamente verificada: – a cada dois anos, se PA menor que 120/80 mmHg (BRASIL, 2006);

– a cada ano, se PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg nas pessoas sem outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV) (CHOBANIAN et al., 2003);

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima		
Normal		
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão arterial sistólica isolada	≥ 140	

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

– em mais dois momentos em um intervalo de 1 – 2 semanas, se PA maior ou igual a 140/90 mmHg ou PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg na presença de outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV)(SAÚDE, 2013).

O diagnóstico de HAS é dado quando a pressão arterial sistólica for maior ou igual que 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, medidas em consultório, em pelo menos três ocasiões. A seguir, a classificação da pressão arterial (CARDIOLOGIA, 2010).

Após o diagnóstico de HAS, é necessário uma avaliação clínica, laboratorial e estratificação de risco desses pacientes. A avaliação clínica deve abordar história atual da doença, sintomas associados, pesquisa de fatores de risco modificáveis, avaliação dietética, presença de comorbidades, uso de medicação, fatores ambientais e psicossociais, história familiar de diabetes mellitus, dislipidemias, doença renal, acidente vascular cerebral, doença arterial coronariana ou morte prematura e súbita em familiares próximos. O exame físico deve ser minucioso, buscando sinais sugestivos de lesão em órgãos-alvo (SAÚDE, 2006). Os exames básicos solicitados são: eletrocardiograma, dosagem de glicose, dosagem de colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL e triglicerídeos, dosagem de creatinina, análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1), dosagem de potássio e fundoscopia.(SAÚDE, 2013). A partir desses dados, deve-se realizar a estratificação de risco dos pacientes hipertensos.

A avaliação do risco cardiovascular é de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente, esta deve ser realizada pelo cálculo do escore de Framingham (SAÚDE, 2006).

Escore de Framingham para Homens

Tabela 2 – Escore de Framingham

Categoria	Evento Cardiovascular Maior (ECV)
Baixo	
Moderado	10 a 20%/10 anos
Alto	>20%/10 anos

IMAGEM
NÃO
DISPONÍVEL

Figura 1 – Imagem invalida ou nao encontrada. - 20110401141310.jpg

Fonte: Ministério da Saúde. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, 2006.

Escore de Framingham para Mulheres

Fonte: Ministério da Saúde. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, 2006.

Dessa forma, com a estratificação realizada, segue-se um determinado tratamento. Para pacientes com risco cardiovascular baixo e moderado e hipertensão estágio 1, recomenda-

IMAGEM
NÃO
DISPONÍVEL

Figura 2 – Imagem invalida ou nao encontrada. - 20110401141335.jpg

se modificações no estilo de vida, já se apresentam hipertensão estágio 2, o tratamento medicamentoso está indicado. No caso dos pacientes com alto risco cardiovascular, a partir do estágio 1, além das modificações no estilo de vida, o tratamento medicamentoso deve ser iniciado (SAÚDE, 2006).

Considerando a HAS uma doença multifatorial, sua abordagem ideal deve contar com uma equipe multiprofissional. A participação dos profissionais da área da saúde, com uma abordagem multidisciplinar, facilita a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e consequentemente pode aumentar o controle da hipertensão arterial. A relação médico/paciente também é importante, sendo a base de sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo (CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo Lima et al. (2009), estudos mostram que a avaliação inicial sobre a presença de fatores de risco e de lesões em órgãos-alvo não é realizada sistematicamente, sendo esta avaliação fundamental não apenas para definição do tratamento, mas porque permite a atuação sobre fatores de risco identificados e diminui os riscos das complicações e de agra-

vamento da doença. Neste cenário, é imperativa a realização desta avaliação na atenção básica, já que esta tem papel central no cuidado integral aos indivíduos com hipertensão arterial.

Xavier et al. (2008) mostrou em seu estudo que pertencer a programas da Estratégia de Saúde da Família há mais tempo é fator independente de proteção para eventos cardiovasculares e cerebrovasculares entre os idosos da população estudada. Assim, este autor destaca que a atenção básica, por sua capacidade de acompanhamento longitudinal e implementação de medidas de prevenção primária, secundária e terciária, é primordial para o controle da HAS.

Dessa forma, obter informações sobre a população e a aplicação desses dados é condição fundamental para o correto manejo da HAS. Conforme Lima et al. (2011) aponta, é necessário a realização de estudos que descrevam a população hipertensa, com objetivo de oferecer subsídios para o planejamento de ações que possam melhorar a qualidade de vida destes indivíduos, retardando o aparecimento de complicações crônicas.

4 Metodologia

Este Projeto de Intervenção será realizado através das seguintes etapas:

Inicialmente, abordará os pacientes hipertensos a partir do cadastro já existente na Unidade Básica de Saúde (UBS). Este cadastro contém todos os pacientes hipertensos que utilizam medicação antihipertensiva disponibilizada pela UBS. Por meio deste cadastro, serão verificados os dados epidemiológicos desta população: idade, sexo, raça e ocupação.

Estes pacientes serão classificados de acordo com o escore de Framingham (baixo, moderado e alto risco). Para isso serão pesquisados os seguintes fatores de risco: HDL colesterol, colesterol total, níveis pressóricos, tabagismo, diabetes mellitus. Esses dados serão retirados em consultas médicas e consultas de enfermagem.

Com a classificação de risco cardiovascular, será traçado um plano terapêutico para cada grupo. Serão programadas consultas de rotina com médico e enfermeiro conforme o risco cardiovascular. Além disso, os paciente de alto risco também serão encaminhados para um acompanhamento conjunto com a atenção secundária. Um grupo com hipertensos também será criado para atividades mensais, será pensando em estratégias para que todos os pacientes compareçam. Este grupo trabalhará questão relacionadas a educação em saúde, através de palestras, conversas direcionadas, vivências, jogos etc.

Todo o projeto será realizado na UBS, à exceção do grupo de hipertensos que, se possível, será desenvolvido em um espaço disponível na igreja do distrito. Para tal, será necessário uma autorização local.

As atividades serão realizadas por enfermeiro, médico, técnicos em enfermagem e agentes comunitários (ACs). Especificamente, os agentes comunitários auxiliarão na coleta dos dados epidemiológicos, na divulgação do grupo de hipertensos e no auxílio das atividades desenvolvidas em tal grupo. Os técnicos em enfermagem participarão da realização das atividades do grupo para HAS. Enfermeiro e médico serão responsáveis pela estratificação do risco cardiovascular, pelo desenvolvimento da agenda de consultas programadas para tais pacientes e pela participação no grupo a ser criado.

O planejamento é para o projeto ser desenvolvido no prazo de seis meses.

Atividades:

Atividade	Mês(es)	Profissional Responsável
Extração dos dados epidemiológicos	1	ACs
Estratificação risco cardiovascular	3	Médico e enfermeiro
Confecção da agenda (consultas programadas de cuidado continuado)	1	Médico e enfermeiro
Criação do grupo de hipertensos	1	ACs, técnicos, médico e enfermeiro.

Cronograma

5 Resultados Esperados

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica de alta prevalência, mas que ainda não tem um controle adequado. O controle desta doença é fundamental para diminuição de eventos cardiovasculares, considerando que é a principal causa de óbitos em nosso país, será possível diminuir a taxa de mortalidade na população.

Ao aplicar este projeto, observa-se a vantagem de um envolvimento de toda a equipe para o seu sucesso, contribuindo para o cuidado integral do paciente. Ademais, serão utilizadas informações já disponíveis na UBS, mas que não estão organizadas de forma adequada, e na estratificação de risco dos pacientes, as consultas para esse fim também serão úteis na abordagem inicial com a população hipertensa. Dessa forma, ao realizar a intervenção, já haverá impacto positivo na comunidade.

Com a implantação deste projeto, espera-se melhor controle da HAS, um seguimento adequado dos pacientes, diminuição do índice de mortalidade por doenças cardiovasculares no distrito, diminuição das lesões em órgãos-alvo/ complicações crônicas da HAS. Além disso, será possível também um diagnóstico precoce desta doença e tratamento apropriado de outras comorbidades que a acompanham (como dislipidemias, diabetes, etc.) Pretende-se também realizar uma conscientização da população acerca da doença, com adoção de hábitos de vida saudáveis, não somente para a população doente, mas também para toda a comunidade, alcançando, assim, a prevenção primária da HAS. Dessa forma, como resultado final será obtido melhoria das condições de vida da população estudada.

Serão necessários recursos humanos e financeiros para a implementação deste estudo. Os recursos humanos consistem nos próprios profissionais de saúde. Deverá ser levado em consideração a agenda de trabalho destes. Quanto aos recursos financeiros, estes servirão para obtenção de material necessário para estratificação de risco cardiovascular (impressos com o escore de Framingham) e para a realização das atividades do grupo de HAS. Pretende-se obter esses recursos através do apoio da prefeitura local.

Cronograma

Atividades	Meses					
	Mês1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Extração dados epidemiológicos	x					
Estratificação risco cardiovascular		x	x	x		
Implementação agenda (cuidado contínuo)					x	x
Grupo de hipertensos						x

Referências

CARDIOLOGIA, S. B. de. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v. 95, p. 1–51, 2010. Citado 4 vezes nas páginas 9, 13, 14 e 16.

CHOBANIAN, A. V. et al. The seventh report of joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: The jnc 7 report. *The Journal of the American Medical Association*, v. 289, p. 2560–2572, 2003. Citado na página 13.

LIMA, L. M. de et al. Perfil dos usuários do hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 32, n. 2, p. 323–329, 2011. Citado na página 17.

LIMA, S. M. L. et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. *Caderno de Saúde Pública*, p. 2001–2011, 2009. Citado na página 16.

LONGO, D. L. et al. *Manual de Medicina de Harrison*. Porto Alegre: AMGH, 2013. Citado na página 13.

LOPES, A. C. et al. *Tratado de Clínica Médica*. São Paulo: Roca, 2009. Citado na página 13.

SAÚDE, M. da. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 16.

SAÚDE, M. da. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 3 vezes nas páginas 9, 13 e 14.

XAVIER, A. J. et al. Tempo de adesão à estratégia de saúde da família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em florianópolis, 2003 a 2007. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1543–1551, 2008. Citado na página 17.