



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

Cristiane Dogani Garcia

# Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica na Estratégia Saúde Da Família Área Rural do Município de Kalaré - Paraná

Florianópolis, Março de 2018



Cristiane Dogani Garcia

Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica na Estratégia Saúde Da  
Família Área Rural do Município de Kalaré - 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: Lúcio José Botelho  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018



Cristiane Dogani Garcia

## Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica na Estratégia Saúde Da Família Área Rural do Município de Kalaré - 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

---

**Lúcio José Botelho**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018



# Resumo

A hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou  $\geq 90$  mmHg. É a doença mais frequente na população brasileira, atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos. Seus agravos são importantes causas de morbidade e mortalidade, com elevado custo social. A implementação de medidas de prevenção no manejo da HA representa um desafio para os profissionais e gestores de saúde. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser consideradas metas prioritárias dos profissionais de saúde. O presente estudo objetivou propor um plano de intervenção para obter um controle da HA nos hipertensos da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família da Área Rural de Kaloré, Paraná. Primeiramente fez-se pesquisa bibliográfica na base de dados SCIELO, Medline, manuais, diretrizes e livros texto a partir dos descritores: hipertensão arterial sistêmica, atenção básica à saúde e intervenção. Acreditando no potencial da Atenção Primária à Saúde, o plano de ação utilizou a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional com a finalidade de ajudar a equipe a melhorar o seu desempenho junto aos usuários. Isso será possível através da implantação de ações como diagnosticar precocemente e cadastrar os hipertensos, realizar o tratamento de forma adequada, estratificar o risco cardiovascular de todos os usuários diagnosticados como hipertensos e organizar o serviço para melhor atender os hipertensos.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Hipertensão





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	17
2.1	<b>Objetivo Geral</b> . . . . .	17
2.2	<b>Objetivos Específicos</b> . . . . .	17
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	19
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	23
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	25
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	31



# 1 Introdução

## DIAGNÓSTICO SOCIAL DA COMUNIDADE DE KALORÉ

### 1. RECONHECIMENTO DO CONTEXTO SOCIAL

#### 1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS:

Em 1924, o então Presidente da República, Arthur Bernardes, apoiou a vinda para o Brasil da Missão Montagu, objetivando interesses de ordem econômica e social. Lord Lovat, que fazia parte dessa missão, ficou admirado com a grandeza das matas no norte do Paraná e vislumbrou uma grande oportunidade de negócios. Retornou à Inglaterra, mas deixou ordens para que se realizassem estudos com o objetivo de implantação de uma companhia colonizadora para explorar as riquezas da região Norte do Estado do Paraná e assim foi fundada a Brasil Plantations Syndicate Ltda (com capital de 200 mil libras esterlinas). Mr. Arthur Thomas foi enviado para o Brasil com o objetivo de ampliar a empresa que nascia e em 24 de setembro de 1925 foi registrada a Companhia de Terras Norte do Paraná. Esta empresa deveria adquirir terras do governo paranaense, representado na época pelo senhor Caetano Munhoz da Rocha.

Essas terras localizadas no norte paranaense encontravam-se em permanente conflito por causa dos interesses de posseiros e portadores de concessões, por este motivo a Companhia delimitou uma grande área de atuação entre os rios Paranapanema, Tibagi e Ivaí e em seguida, em 1929, fez uma proposta ao governo do Paraná no sentido de adquirir tal área alegando que os conflitos estavam prejudicando o desenvolvimento da região. Assim conseguiu comprar 515.000 alqueires e a partir desse momento estava selado o destino do Norte do Paraná.

Em 1930 surgiu o patrimônio Três Bocas, antigo nome de Londrina, o qual era considerado o polo irradiador do desenvolvimento e através desta primeira vila foram surgindo às próximas. A estratégia da Companhia de Terras Norte do Paraná era de fundar centros de maior importância com distâncias de no máximo 100 quilômetros e as cidades menores teriam distâncias entre elas de 10 a 15 quilômetros.

Com a Segunda Guerra Mundial, a Inglaterra precisou adotar uma política de repatriamento de investimentos ingleses no mundo para custear a guerra, dessa maneira, em 1944 a Companhia foi vendida por um grupo de empresários brasileiros, liderados por Gastão Vidigal, passando a se denominar Companhia Melhoramentos Norte do Paraná. Dessa forma, o Norte do Paraná tornou-se uma das maiores fontes de riqueza pelo produto da terra.

A gleba Kaloré foi colonizada pelas Companhias Comercial São Vicente e a Companhia Melhoramentos Norte do Paraná com a influência das emigrações dos povos vindos de outros estados. As terras do Norte-paranaense começaram a ser abertas por aventureiros que adquiriram seus lotes através das Companhias de Loteamento. A fertilidade da terra

e as florestas verdejantes enchiam de entusiasmos os novos proprietários, que procuravam devastar as matas e formar suas lavouras de café. Os lavradores fixaram, então, suas residências nas glebas loteadas, constituindo assim família sólida, assim o vazio das selvas foi sendo substituído pelo progresso.

Heleno Justino da Silva, popular Gato Preto, vindo de Minas Gerais, em 1948, foi o primeiro que desbravou as matas, como funcionário das Companhias mencionadas. Há 32 quilômetros de Jandaia do Sul, foi aberta uma pequena vila denominada Kaloré e com o decorrer do tempo chegaram novos pioneiros, que adquiriram seus lotes em Kaloré. Assim no ano de 1949 já se encontravam os pioneiros que começariam a transformar aquela pequena vila em uma cidade, montando serrarias, abrindo comércio e assim dando início ao desenvolvimento do nosso município.

A princípio não havia estradas, apenas picadas pelas quais seguiram dificultosamente animais e carroças. As famílias residiam em casebres cobertos com folhas de coqueiro. Em 1950, o popular “Gato Preto” montou uma venda para fornecer cachaça, fumo e comida para os trabalhadores. Nessa época Kaloré pertencia ao município e comarca de Apucarana.

## 1.2 ORIGEM E SIGNIFICADO

O nome “Kaloré” foi dado pelo Diretor do Departamento de Topografia da Companhia de Terras Norte do Paraná, o russo naturalizado brasileiro Wladimir Babkov. É um nome indígena de origem kaingang e significa “terra fofa ou fértil”.

As primeiras explorações nesta região datam de meados do século XIX e a colonização da região noroeste foi bastante tumultuada devido aos conflitos entre colonos, posseiros e os grandes proprietários de terra. O mesmo não aconteceu na região do Vale do Ivaí, onde prevaleceu à paz, não havendo conflito armado, devido à capacidade de planejamento da Companhia de Terras Norte do Paraná. A colonização em Kaloré foi feita por famílias com o único interesse de trabalhar a terra e principalmente sem a interferência de mediadores entre a Companhia e os colonos.

## 1.3 FORMAÇÃO POPULACIONAL

A composição étnica fundamenta-se nos povos de origem portuguesa e italiana, também se verifica a presença de ocidentais. Compõe ainda o quadro étnico uma minoria de descendentes de imigrantes europeus de outras origens.

A população kaloreense se formou basicamente através da imigração de grande número de pessoas dos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e dos estados do Nordeste Brasileiro.

Muitas famílias vendiam o que tinham em suas cidades de origem para começar vida nova no norte do Paraná, mas muitas delas também vinham para cá apenas com a roupa do corpo e a esperança de conseguirem cuidar de suas vidas de maneira digna.

A população total do município no ano de 1970 era de 13.978 habitantes, sendo que destes, 1.793 eram urbanos e 12.185 rurais. Por causa da geada ocorrida em julho de

1975, que dizimou mais de 80% das lavouras de café do município e a abertura para a diversificação de outras culturas, com utilização de técnicas mecanizáveis, deu-se início ao êxodo rural em larga escala.

Os produtores, desestimulados em refazer suas lavouras cafeeiras, devido à falta de incentivos para o setor e com medo de gear novamente, dispensavam numerosas famílias que partiam rumo aos centros urbanos em buscas de outras alternativas de trabalho, contribuindo assim para uma diminuição drástica na população kaloreense.

Atualmente a cidade encontra-se em um momento histórico inverso, pois com o sucesso da cultura da soja e a conseqüente valorização de terras e imóveis na cidade, as pessoas começam a retornar para “casa”. Logicamente que dificilmente a cidade voltará a contar com 12.000 habitantes, mas o fato das pessoas, mesmo que em número pequeno, estarem voltando, já é motivo para comemoração, pois se percebe assim que a nossa cidade está se desenvolvendo cada vez mais e tornando-se melhor a cada dia.

Segundo dados do IBGE, 30 de agosto de 2016, a cidade de Kaloré conta com 4402 habitantes, sendo 3218 localizados em área urbana e 1288 localizado em área rural; 2288 homens e 2218 mulheres.

#### **1.4 HISTÓRICO MUNICIPAL**

Kaloré começou a ser colonizada em 1948 e a primeira pessoa que aqui chegou foi um funcionário da referida companhia, seu nome é Heleno Justino da Silva, mais conhecido como “gato preto”. Em entrevista concedida por Mario Serafim Vieira, ele conta que em 1950 quando chegou ao município havia uns dez ranchos dos primeiros moradores e que um desses ranchos era do “gato preto” e, como funcionário da Companhia, era responsável por abrir as primeiras picadas no meio da mata, tinha sob sua responsabilidade alguns homens, que ficavam junto com ele neste rancho.

No ano de 1949 já haviam chegado à cidade as famílias Impossetto, Fernandes, Darienso, Labegalini e Junqueira. Nesse tempo a vida era muito difícil, pois não havia conforto nenhum. Esses primeiros moradores enfrentaram com muita coragem as dificuldades encontradas aqui. As estradas eram precárias, prejudicando assim o transporte não só de produção como também das pessoas. Não havia luz elétrica, nem água encanada, mesmo assim estes bravos permaneceram.

#### **1.6 HISTÓRICO POLÍTICO**

Em 24/05/1961, pela Lei Estadual n°. 4.368, o patrimônio de Kaloré foi elevado à condição de Distrito Administrativo e Judiciário, com território pertencente Município de Jandaia do Sul.

Pela Lei Estadual n°. 89 de 07/08/1961, foi criado o Município de Kaloré, com território desmembrado do Município de Marumbi. A instalação oficial ocorreu no dia 08/12/1962.

O Distrito de Jussara foi criado com a Lei n°. 230 de 29/12/1961. Com a Lei municipal n°. 327 de 23/12/1974, o Distrito de Jussara passa a ser reconhecido como zona urbana.

#### **1.7 ENTIDADES REPRESENTATIVAS**

Atualmente, o Município de Kaloré não conta com Associação de Moradores e nem com Conselhos Comunitários. As pessoas reconhecidas como liderança dentro da comunidade são o Prefeito em exercício Washington Luiz da Silva e o Secretário Municipal de Saúde Ronaldo Romeiro.

### **1.8 ESTABELECIMENTOS PÚBLICOS E PRIVADOS**

No atual momento, o município conta com as seguintes Instituições Públicas:

- 03 Creches Municipais;
- 03 Pré-escolas Municipais;
- 02 Escolas Estaduais de Ensino Fundamental e 2 Escolas Municipais de Ensino Fundamental;
- 02 Escolas Estaduais de Ensino Médio
- 01 Escola Municipal de Ensino Especial e 01 Escola Particular de Ensino Especial
- 01 Escola Municipal de Educação de Jovens e Adultos (EJA)
- 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- 01 Unidade Básica de Saúde (UBS)
- 01 Clínica/Ambulatório de atendimento especializado
- 01 Hospital Geral
- 02 Postos de Saúde
- 01 Biblioteca Pública Municipal
- 01 Centro Cultural/ Casa de Cultura
- 02 Agências Bancárias – Banco Bradesco e Cooperativa de Crédito Sicred
- 01 Agência dos Correios
- 01 Igreja Católica e Salão Paroquial
- 01 Igreja Evangélica
- 01 Centro de Acolhimento da Terceira Idade
- 01 Ginásio de Esporte e 01 quadra coberta
- 01 Salão Social de Eventos
- 02 Praças
- 01 Parque de Lazer

### **1.9 ÁREAS DE VULNERABILIDADE SOCIAL**

A cidade consta com a presença de um lixão, localizado na estrada da cidade sentido Marumbi – Borrazópolis (cidades vizinhas), no qual todo o lixo recolhido é incinerado. Existe uma única família morando próximo ao local, sendo considerada risco social devido alto grau de risco de contaminação com os resíduos ali depositados e também com o processo de eliminação (incineração) de todo o lixo coletado.

O município também enfrenta o problema do tráfego de drogas localizado em diversos pontos distintos e variáveis da cidade. Alguns pontos acabam sendo localizados próximos de residências cuja vizinhança consta com diversas crianças e adolescente colocando em risco diversas famílias.

## 2. PERFIL SOCIAL E ECONÔMICO

A atividade econômica do município é concentrada basicamente no setor agroindustrial e têxtil. As principais culturas temporárias cultivadas são alho, amendoim, arroz, cana-de-açúcar, feijão, girassol, mandioca, milho, soja, tomate e trigo. Já as principais culturas perenes estão baseadas no cultivo de banana, café, laranja, maracujá e uva.

Segundo o Censo Demográfico de 2010 o município conta com um total de 1951 domicílios no quais 1097 são particulares, 211 são alugados, 186 são cedidos e 22 em outras condições. O número de município localizado em área urbana é de 1176 e 775 localizado em área rural. Dos 1951 domicílios, 1514 possui abastecimento de água (água canalizada), 1517 possui esgoto sanitário (banheiro ou sanitário), 1256 possui coleta de lixo e 1516 possui energia elétrica. O número de habitantes dentro de uma mesma moradia varia de 2 até 6 ou mais indivíduos.

Do total de 1516 domicílios, 1514 conta com serviço de abastecimento de água (água canalizada), 1516 possui esgotamento sanitário, 1256 possui coleta de lixo e 1516 possui energia elétrica.

No ano de 2015, segundo dados do MEC/INEP 183 crianças estiveram matriculadas no ensino de Educação Infantil, sendo que desse total 103 crianças matriculadas na creche e 80 na pré-escola; 448 crianças na faixa etária de 8 e 9 anos estiveram matriculadas no Ensino Fundamental; 138 pessoas estiveram matriculadas no Ensino Médio (inclui ensino médio propedêutico, ensino integrado à educação profissional e do ensino normal e/ou magistério). Em relação a Educação especial, 4 crianças estiveram matriculas na Educação Infantil (creche particular); 11 crianças matriculadas no Ensino Fundamental (3 em estabelecimento municipal e 8 em estabelecimento particular); 28 matriculados na Educação de Jovens e Adultos (1 em estabelecimento municipal e 27 em estabelecimento particular). Em relação a Educação de Jovens e Adultos (EJA), 3 pessoas estiveram matriculadas no Ensino Fundamental em estabelecimento municipal.

Em relação ao desenvolvimento educacional, a taxa de analfabetismo varia de acordo com a idade: 11,45% com idade igual ou superior a 15 anos; 1,04% de 15 a 19 anos; 2,22% de 20 a 24 anos; 1,44% de 25 a 29 anos; 3,31% de 30 a 39 anos; 6,26% de 40 a 49 anos e 24,35% com idade acima de 50 anos.

O produto interno bruto (PIB) segundo dados do IBGE e IAPRDES é de R\$ 22.649 *per capita*. A renda domiciliar *per capita*, segundo Censo Demográfico de 2010, é de 0,3967 referente a uma renda média domiciliar *per capita* de R\$ 527,37. A densidade demográfica segundo o IPARDES (2016) é 22,70 hab/km<sup>2</sup>. O grau de urbanização é de 71,42%.

Atualmente, a cidade consta com um total de 248 famílias cadastradas e recebendo o auxílio Bolsa Família, porém existe cadastro de 233 pessoas que fizeram o cadastro, porém ainda sem a contemplação do benefício. Ainda existem 869 pessoas que reben outros benefícios como auxílio gás, tarifa social de energia elétrica, auxílio leite, entre outros.

## **DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO DA CIDADE DE KALORÉ DADOS POPULACIONAIS**

A cidade de Kaloré possui um total de 1288 pessoas acompanhadas pela Equipe Rural de Saúde de Família, sendo que 659 são do sexo masculino e 629 são do sexo feminino, 581 estão situados na faixa etária de 15 ou mais anos, 375 são mulheres entre 10 e 59 anos, 13 são mulheres gestantes, 24 são crianças menores de 2 anos em acompanhamento e 18 são crianças menos de 1 ano também em acompanhamento, segundo levantamentos dos atendimentos realizados na UBS e visitas domiciliares realizadas pelas ACS referente ao mês de outubro/2016.

### **FREQUENCIA DE DETERMINADAS DOENÇAS HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Dentre as 1288 pessoas assistidas pela Estratégia da Família, 237 são hipertensos e 95 são diabéticos, o que gera uma prevalência de 18,40 hipertensos e 7,38 diabéticos a cada 100 habitante pertencente a área rural do Município de Kaloré.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta prevalência e baixa taxa de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um importante problema de saúde pública. É responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular encefálico, por 25% das mortes por doença renal coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal.

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $>$  ou  $=$  140 e ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravado pela presença de outros fatores de risco como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crônica fatal e não fatal.

A HAS contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular, junto com DM suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e renda familiar. No geral, as taxas de mortalidades tem apresentado redução ao longo dos anos, com exceção das doenças hipertensivas, além das doenças cardiovasculares serem responsáveis pela alta frequência de internações com custos socioeconômicos elevados.

Os fatores de risco para hipertensão arterial estão relacionados com:

- Idade: associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HA relacionada ao aumento da expectativa de vida da população e aumento da população de idosos;
- Sexo e etnia: a prevalência tem sido maior entre as mulheres e pessoas de raça negra/cor preta;
- Excesso de peso e obesidade;



- Ingestão de sal: é considerado um dos principais fatores de risco para HAS associando-se a eventos cardiovasculares e renais;
- Ingestão de álcool: consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a PA de forma consistente;
- Sedentarismo;
- Fatores socioeconômicos: adultos com menor nível de escolaridade apresentam a maior prevalência de HA autorreferida;
- Genética.

A escolha do tema é **Hipertensão Arterial**, devido ser a patologia de maior prevalência dentro da comunidade. Este estudo será de grande importância tanto para a equipe de saúde quanto para a população que se encaixa no problema. Com a realização do estudo a equipe poderá ser orientada sobre rastreamento populacional para diagnóstico precoce, a equipe estará melhor informada sobre os riscos cardiovasculares que a patologia pode ocasionar e, dessa forma, poderá esclarecer a população sobre a importância e diagnóstico da doença assim como orientar sobre a importância da aderência do tratamento para manter os níveis pressóricos dentro da normalidade que outros problemas cardiovasculares sejam evitados.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Propor um plano de intervenção para obter melhor diagnóstico e controle dos pacientes hipertensos pertencentes a Área Rural da UBS de Kaloré.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Fazer revisão bibliográfica para melhor conhecer a hipertensão arterial e, dessa forma, montar um plano terapêutico atualizado para intervenção na área;
- Fazer busca ativa e acompanhamento sistemático dos pacientes com diagnóstico de HA e rastreamento para diagnóstico de casos ainda não identificados;
- Fazer o cadastro dos novos pacientes diagnosticados com HAS;
- Fazer a estratificação de risco de todos os pacientes da área para melhor manejo e cuidado dos pacientes;
- Realizar palestras educativas para melhor informar a população em geral e os pacientes já diagnosticados sobre a patologia em questão;
- Reorganizar o serviço e capacitar os profissionais envolvidos para melhor atender a população envolvida.



### 3 Revisão da Literatura

A hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou  $\geq 90$  mmHg (SBC; SBH; SBN, 2016). É a doença mais frequente na população brasileira (ROSÁRIO *et al.*, 2009), atinge 32,5 (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos (SBC; SBH; SBN, 2016)aa. A HA é fator de risco para doenças +coronarianas, doenças cerebrovasculares, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca e doença renal terminal. Esses agravos são importantes causas de morbidade e mortalidade, com elevado custo social (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007).

Sua evolução clínica é lenta, envolve múltiplos fatores (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007) e é considerada uma síndrome por estar frequentemente associada a um agregado de distúrbios metabólicos. Entre esses distúrbios envolve obesidade, aumento da resistência à insulina, diabetes melito e dislipidemias, entre outros. A presença desses fatores de risco e lesões em órgãos-alvo, quando presentes, é importante e deve ser considerada na estratificação do risco individual, com vistas ao prognóstico e decisão terapêutica (ROSÁRIO *et al.*, 2009).

A HA contribui direta ou indiretamente por 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV), suas complicações (cardíacas, renais, AVE) têm impacto elevado na perda de produtividade do trabalho e da renda familiar. Dessa forma formular estratégias para a prevenção do desenvolvimento da HAS englobando políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação são de fundamental importância para que seja atingido um objetivo de realizar diagnóstico precoce e controle ideal da PA por meio de tratamento contínuo e controle dos fatores de risco (SBC; SBH; SBN, 2016).

A medida da PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde (BRASIL, 2006). O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, sem condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões (SBC; SBH; SBN, 2010). A avaliação inicial de um paciente com HAS inclui a confirmação do diagnóstico, a suspeição e a identificação de causa secundária, além da avaliação dos riscos cardiovasculares (RCV). As lesões de órgãos-alvos (LOA) e doenças associadas também devem ser investigadas. Fazem parte dessa avaliação: medição da PA, história médica (pessoal e familiar), exame físico e investigação clínica e laboratorial (Tabela 1) (SBC; SBH; SBN, 2016).

Fonte: VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2016).

A abordagem terapêutica da PA elevada inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, a fim de reduzir a PA, proteger órgãos-alvos, prevenir desfechos CV e renais. Medidas não medicamentosas tem se mostrado eficazes na redução da PA, apesar de limitadas pela perda de adesão a médio e longo prazo (SBC; SBH; SBN,

Tabela 1 – Tabela 1 – Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	120	80
Pré-hipertensão	121 - 139	81 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	180	110

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da PA.

*Considera-se hipertensão sistólica isolada se a PAS  $\geq$  140 mmHg e a PAD  $<$  90 mmHg.*

Tabela 2 – Tabela 2 – Estratificação de risco no paciente hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais, presença de lesão em órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal

	PAS 130-139 ou PAD 85-89	<b>HAS Estágio 1</b> PAS 140-159 ou PAD 90-99	<b>HAS Estágio 2</b> PAS 160-179 ou PAD 100-109	<b>HAS Estágio 3</b> PAS $\geq$ 180 e PAD $\geq$ 110
Sem fator de risco	Sem Risco Adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DVC, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

*PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DVC: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DM: diabetes melito; LOA: lesão de órgão alvo*

2016).

Informar ao paciente seus fatores de risco (FR) podem melhorar a eficiência das medidas farmacológicas e não-farmacológicas para a redução do risco global. Estimar indicadores e utilizar termos relacionados ao envelhecimento, como “idade vascular” e “idade cardiometabólica”, também podem auxiliar na estratégia para modificação dos FR (Tabela 2) (SBC; SBH; SBN, 2016)

Fonte: VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2016).

O Ministério da Saúde, em conformidade com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde, tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária a saúde, como combate a HAS. Nesse contexto, insere-se o Programa de Saúde da Família (PSF), onde a atenção é centrada na família e estruturado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), e a população está sob a responsabilidade de uma equipe multiprofissional. A organização da assistência, com competências bem definidas e integradas entre os membros das equipes multiprofissionais, é centrada no binômio médico-enfermeiro e se estende até o agente comunitário de saúde (ACS). O ACS é o elo fundamental entre o domicílio e a UBS e representa a principal diferença entre a atuação desse programa e a atividade usual da unidade nos seus moldes de atuação tradicional (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007).

A adoção da Estratégia Saúde da Família como política prioritária de atenção básica, compreende as condições mais favoráveis de acesso às medidas multissetoriais e integrais que a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis exige (BRASIL, 2006). As ações educativas promovidas pelos profissionais estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e, dessa forma, possibilitam discussões e orientações quanto a adoção de mudanças no estilo de vida (OLIVEIRA et al., 2013).

A implementação de medidas de prevenção no manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica representa um desafio para os profissionais e gestores de saúde. No Brasil, aproximadamente 75% da assistência à saúde da população é feita pelo Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto que o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser consideradas metas prioritárias dos profissionais de saúde (SBC; SBH; SBN, 2010).





## 4 Metodologia

O trabalho realizado é um Plano de Intervenção (PI) na Área de Atenção Básica realizado período de Agosto 2016 – Agosto 2017 na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Kaloré, pela Estratégia Saúde da Família (ESF) da equipe Rural, Kaloré – Paraná.

Para o desenvolvimento do PI foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES abordado no Módulo 4 do Curso de Atenção Básica em Saúde da Família, pela Universidade Federal de Santa Catarina, além de uma revisão de literatura sobre o tema. Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, foram propostas algumas intervenções a fim de garantir a melhoria no diagnóstico, estratificação de risco e atendimento aos pacientes com a patologia em questão.

Para a construção deste projeto foram realizadas pesquisas bibliográficas nas bases de dados SCIELO (Scientific Electronic Library Online), Medline, manuais, diretrizes e livros texto. Também foram realizadas pesquisas no material técnico do Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES) e Prefeitura Municipal de Kaloré para coleta de outros dados referentes ao território pesquisado.

Os descritores utilizados no banco de dados para a realização da pesquisa foram: Hipertensão Arterial Sistêmica, Atenção Básica à Saúde e Intervenção.

A partir do que foi citado, foi possível a realização de um PI para os pacientes atendidos pela ESF da Área Rural de Kaloré.



## 5 Resultados Esperados

### PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após revisão bibliográfica sobre a HAS, análises epidemiológicas, avaliação e sistematização do problema, foi possível a elaboração de um Planejamento Estratégico Situacional (PES) para os usuários hipertensos da ESF Rural do Município de Kaloré-PR, de acordo com as seguintes considerações.

**Consideração 1: Definição dos problemas** Por meio de avaliação cotidiana e discussões com a equipe de saúde, foi possível identificar os principais problemas da área de abrangência da Equipe Rural:

- Grande número de hipertensos não controlados
- Desatualização das Fichas A
- Ausência de estratificação de risco devido falta de dados
- Falta de aderência ao tratamento
- Uso incorreto das medicações

### Consideração 2: Priorização dos problemas

Devido dificuldade de resolubilidade de todos os problemas de forma concomitante, foi necessário fazer a priorização para que o trabalho acontecesse de forma sistemática e eficaz. Como critérios para a priorização considerou-se a importância do problema, sua urgência e capacidade para o enfrentamento, conforme descrito no quadro 1:

Quadro 1: Priorização de problemas da área de abrangência ESF Rural

### Consideração 3: descrição do problema selecionado

A hipertensão arterial sistêmica apresenta alta prevalência e baixa taxa de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis em um importante problema de saúde pública. A partir de inquéritos populacionais realizados em cidades brasileiras nos últimos 20 anos, chegou-se a uma taxa de prevalência da HAS acima

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Grande número de hipertensos não controlados	Alta	7	Parcial	1
Desatualização das Fichas A	Alta	3	Parcial	4
Ausência de Estratificação de Risco	Alta	3	Parcial	5
Falta de Aderência ao Tratamento	Alta	5	Parcial	2
Uso Incorreto das Medicações	Alta	5	Parcial	3

de 30%. De acordo com avaliação e pesquisa por área realizado pelas agentes de saúde (ACS) no mês de Julho/2017, na minha área de abrangência estão cadastrados 1038 pessoas e, aplicando a porcentagem de prevalência esperada, teríamos em média 311 hipertensos. No entanto, dados revelam 245 hipertensos cadastrados, sendo que apenas 16 acompanhados no mês de referência. Esses dados mostram que há uma parcela de hipertensos não cadastrados e uma grande parcela não acompanhado, o que é corroborado pelas estatísticas dos meus atendimentos até o momento. Além disso, por meio da análise dos prontuários de alguns hipertensos que passaram por atendimento, nenhum deles teve o risco cardiovascular estratificado.

#### **Consideração 4: explicação do problema**

O fato de haver grande número de hipertensos mal controlados pode ser justificado por múltiplos fatores, no qual muitos deles estão interligados. Um hipertenso não controlado pode ter esse quadro devido não diagnóstico, mas observando a nossa realidade o não acompanhamento adequado faz com que esse quadro seja firmado. Consta-se, dessa forma, que o paciente não apresenta contato com o serviço de saúde, não é examinado, não faz uso da medicação ou faz uso de forma incorreta, além do mais não é feito rastreamento e sua classificação de risco cardiovascular. A dificuldade de realizar um acompanhamento continuado leva a falta de avaliação e continuidade correta do tratamento. Além disso, outras causas como falta de informação sobre a doença, a importância de seu tratamento, as mudanças do estilo de vida incluindo alimentação apropriada e atividade física também estaria incluso no não controle da HAS.

#### **Consideração 5: seleção dos nós críticos e suas ações**

O nó crítico é definido como um tipo de causa de um problema que, quando “ataca”, é capaz de gerar impacto no problema e transformá-lo. Dentre esses foram selecionados:

Processo de trabalho da equipe de saúde

Uso incorreto da medicação

Estratificação do risco cardiovascular

Organização dos serviços de saúde

Quadro 2: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “Alta incidência de pacientes hipertensos descompensados”

Quadro 3: Análise e viabilidade do plano para o problema “Alta incidência de pacientes hipertensos descompensados”

Uma vez feito todo esse levantamento em relação ao plano de ação e realizadas as ações e atividades a eles associadas, caba a avaliação de resultados para a identificação da eficácia do plano e verificação de possíveis ajustes a serem feitos.

Esta avaliação deve ser feita após a realização das ações previstas no plano de intervenção. Deverá ser agendado reuniões mensais fixas e reuniões extras sempre que alguém perceber algum problema ou tiver alguma ideia diferente. As ações estratégicas devem ser sempre executadas e avaliadas ao mesmo tempo para que os problemas sejam detectados

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>
Processo de trabalho da equipe de saúde	<b>Trabalho</b> Aprimorar o processo de trabalho da equipe de saúde	Identificar os hipertensos que fazem parte da área de atuação	Realizar aferição da PA em todas as consultas médica Busca ativa dos hipertensos não cadastrados Cadastramento de todos os hipertensos e atualização dos que já estão cadastrados	<b>Organizacional:</b> cadastrar todos os hipertensos <b>Cognitivo:</b> saber reconhecer um hipertenso e saber se está controlado ou não <b>Político:</b> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais <b>Financeiro:</b> aquisição de esfigmomanômetro
Uso incorreto da medicação	<b>Remédio Ideal</b> Aumentar o conhecimento dos pacientes e familiares sobre o uso correto de medicações	Pacientes com quadro de hipertensão controlada	Realizar a orientação personalizada ao paciente, seus familiares e cuidadores durante as consultas e visitas domiciliares Sensibilizar e enfatizar a importância de disciplina no uso das medicações	<b>Organizacional:</b> auxiliar a equipe na estruturação da agenda de consulta e visitas domiciliares <b>Cognitivo:</b> Conhecimento sobre o tema <b>Político:</b> parceria da equipe de saúde, mobilização social, disponibilização de materiais <b>Financeiro:</b> Não envolve
Estratificação do risco cardiovascular	<b>Estratificação</b> Classificar o paciente de acordo com os critérios estabelecidos	Ter todos os pacientes hipertensos classificados adequadamente	Fazer busca ativa dos pacientes hipertensos Realizar a classificação do hipertenso pelo menos uma vez ao ano em consulta individual Ter seguimento mais rigoroso e retornos mais frequentes dos hipertensos com risco elevado	<b>Organizacional:</b> busca ativa dos hipertensos e organizar o atendimento para realizar a classificação <b>Cognitivo:</b> conhecimento sobre as formas de classificação <b>Político:</b> não envolve <b>Financeiro:</b> providenciar tabelas impressas do score para anexar ao prontuário do paciente
Organização	<b>Organizar</b> Melhor atendimento	Acompanhamento adequado e	Facilitar marcação de consultas e retornos Garantir retorno no	<b>Organizacional:</b> padronizar a oferta de serviço <b>Cognitivo:</b>

Opera- ções/ Pro- je- tos	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ação Estratégica	Prazo
Ator que controla		Motivação			
Trabalho	<b>Organizacional:</b> realizar reuniões frequentes de capacitação da equipe <b>Cognitivo:</b> saber realizar aferição correta da PA <b>Financeiro:</b> compra de esfigmomanômetro	Coordenador da Unidade Básica de Saúde Médicos Enfermeiros Técnicos de Enfermagem Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Favorável Favorável Favorável Favorável Favorável	Apresentar projeto com cronograma das reuniões de capacitação para melhor organização da equipe	Curto prazo
Remédio Ideal	<b>Organizacional:</b> organização da agenda para consulta/visita domiciliar com o intuito de orientar pacientes e familiares sobre as medicações <b>Cognitivo:</b> conhecimento sobre o tema	Secretaria Municipal de Saúde Equipe de Saúde	Favorável Favorável	Não há	Médio Prazo
Es-ta-ti-fi-ca-ção	<b>Cognitivo:</b> conhecimento sobre as formas de classificação <b>Financeiro:</b> providenciar tabelas impressas do escore para anexar ao prontuário do paciente	Enfermeiro Médico Secretaria Municipal de Saúde e Finanças	Favorável Favorável Favorável	Fazer um plano de ação organizando horário na agenda para análise dos prontuários dos pacientes com HAS para realizar a estratificação de risco	Longo Prazo
Organi- zar	<b>Organizacional:</b> fazer a padronização dos serviços oferecidos pela UBS <b>Cognitivo:</b> elaborar um projeto de organização e adequação do serviço	Coordenador da Unidade Básica de Saúde	Favorável	Fazer um plano de ação organizando o atendimento oferecido a população e orientação/ organização da equipe de trabalho	Longo Prazo

e corrigidos em menor tempo possível. As opiniões de todos os profissionais envolvidos, assim como suas observações em ocasiões da realização do projeto, serão de grande importância para a execução e melhoria do planejamento.

A realização de reuniões com a população também é de grande importância para saber se os usuários estão satisfeitos com as mudanças e também para apresentar suas opiniões.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Hipertensão Arterial Sistêmica tem atingido grande parcela da população brasileira em geral e, em sua grande maioria, não possui diagnóstico e tratamento correto se tornado um grande problema no âmbito social devido as consequências que a patologia pode trazer a vida do paciente senão tiver o tratamento feito de forma correta. Essa situação requer ações diretas e específicas, de forma que possa ser orientado atitudes acerca do tratamento e ações que possam, conseqüentemente, amenizar as morbidades e mortalidade relacionada a patologia. Tais ações devem envolver não somente a saúde física do paciente, mas também a saúde biopsicossocial, assim como o preparo das equipes de saúde para que possam prestar o devido monitoramento e orientação aos pacientes.

É preciso sensibilizar o paciente em relação a patologia e a importância do tratamento, porém orientar a necessidade de mudança dos hábitos devida é de fundamental importância, já que a atividade física e também a perda de peso, é de fundamental importância para se manter os níveis pressóricos em faixa ideal.

Levando em consideração que o estudo buscou elaborar um plano de intervenção que procura melhorar o diagnóstico e, principalmente, o tratamento dos pacientes com quadro de HAS pertencentes a Área Rural do Município de Kaloré-PR, espero que a proposta traga melhora da qualidade de vida dos mesmos, mas também traga melhora no trabalho da Equipe de Saúde proporcionando melhor relação com os usuários e também facilitação do manejo dos quadros mais complicados.





## Referências

ARAÚJO, J. C. de; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 3, p. 368–374, 2007. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 21.

BRASIL, M. da S. *Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde: Cadernos de Atenção Básica, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 21.

OLIVEIRA, T. L. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Acta Paul Enfem*, v. 26, n. 2, p. 179–184, 2013. Citado na página 21.

ROSÁRIO, T. M. do et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em nobres - mt. *Arquivos Brasileiros Cardiologia*, v. 96, n. 6, p. 672–678, 2009. Citado na página 19.

SBC, S. B. de C.; SBH, S. B. de H.; SBN, S. B. de N. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 95, n. 1, p. 1–51, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 21.

SBC, S. B. de C.; SBH, S. B. de H.; SBN, S. B. de N. Vii diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros Cardiologias*, v. 107, n. 3, p. 1–83, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 20.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. de C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: Uma Ótica para um velho problema. *Texto Contexto Enferm*, v. 16, n. 2, p. 233–238, 2007. Citado na página 19.