



PEDRO BELLO OLIVA

**INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONTROLE E ADERÊNCIA AO
TRATAMENTO DOS PORTADORES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
NA UBS NOVA VISTA. CENTRAL- BAHIA**

CENTRAL-BAHIA

2014



PEDRO BELLO OLIVA

**INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONTROLE E ADERÊNCIA AO
TRATAMENTO DOS PORTADORES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
NA UBS NOVA VISTA. CENTRAL- BAHIA**

Projeto de Intervenção apresentado como requisito para obtenção do Certificado do Curso de Especialização em Saúde da Família – Programa Mais Médicos para o Brasil/PROVAB, da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Prof^a: Leila Foerster Merey

CENTRAL-BAHIA

2014



DEDICATÓRIA

**Dedico este trabalho a toda a minha família,
especialmente aos meus filhos,
que são meu razão de viver,
e a todos que de alguma forma
contribuíram para que
eu pudesse concluir este trabalho...**



AGRADECIMENTOS

A Deus por conceder-me a força necessária para trilhar este caminho

À comunidade de pertencente ao PSF Nova Vista que me acolheu

A equipe de saúde que partilho comigo todo o trabalho

**À orientadora, professora Leila Foerster Merey pelas horas de
dedicação.**



RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) configura-se como um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Estimativas indicam que sua prevalência está ascendente e seu impacto nas populações será ainda mais danoso nos próximos anos. O estudo tem por objetivo elaborar um plano de intervenção para melhorar o controle e aderência ao tratamento de portadores de hipertensão arterial da unidade básica de saúde Nova Vista. Para tal realizou-se três etapas: etapa 1; diagnóstica; etapa 2; e etapa 3 avaliação. Após a realização de diagnóstico situacional, verificou-se que a principal causa de morbidade da nossa população foi à hipertensão arterial. Assim, foi proposto o projeto de intervenção, para melhorar o controle, aderência ao tratamento e qualidade de vida de nossos pacientes hipertensos. Foram realizadas palestras periodicamente na unidade de saúde, envolvendo a equipe de saúde, foi reorganizado o acolhimento dos pacientes, incremento-se o número de consultas e visitas domiciliares com melhoras de sua qualidade e atendimento integral. A avaliação final do projeto resultou: aumento de controle da pressão arterial de 49,4% ao início, para 85,9% ao final.

Palavras- chave: Hipertensão, Promoção da saúde, Programa de Saúde da Família.



ABSTRACT

INTERVENTION TO IMPROVE THE CONTROL AND TREATMENT OF HOLDERS OF HYPERTENSION IN NOVA VISTA UBS, CENTRAL- BAHIA.

The Systemic hypertension (SH) is configured as an important public health problem in Brazil and worldwide. Estimates indicate that its prevalence is increasing and their impact on populations will be more damaging in the coming years. The study aims to develop an action plan to improve the control and treatment compliance of patients with hypertension in primary care unit New Vista. This is done three steps: Step 1; diagnostics; Step 2; and Step 3 assessment. After completion of analysis of the situation, it was found that the main cause of morbidity in our population was hypertension. Therefore, the intervention project aimed to improve control, compliance and quality of life of our hypertensive patients. The lectures are held regularly at the facility, with the participation of the health team has reorganized the reception of patients, increasing the number of consultations and home visits with improved quality and comprehensive care. The final evaluation of the project resulted in: control blood pressure increased 49.4% at baseline to 85.9% at the end.

Keywords: Hypertension, health promotion, Family Health Program.



SUMÁRIO

1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....	8
1.1 INTRODUÇÃO.....	8
1.2 OBJETIVOS.....	11
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	13
3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	18
3.1 DESCRIÇÃO.....	21
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
5. REFERÊNCIAS.....	27
ANEXOS.....	31
APÊNDICES.....	34



1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família tem alcançado um importante avanço no que se refere ao acesso a os serviços de saúde por parte da população, por meio da crescente expansão no número de equipes e de famílias assistidas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça a importância do reconhecimento do caráter pandêmico das doenças crônicas não transmissíveis DCNT, e a necessidade da tomada de ações imediatas para combatê-las, uma vez que essas doenças são as principais causas de mortes no mundo. Além disso, têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, com aumento das iniquidades e da pobreza¹.

De acordo com o Ministério de Saúde, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Os profissionais de saúde da rede básica são considerados primordiais nas estratégias de controle da hipertensão arterial, tanto na definição de diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quanto na informação do paciente hipertenso, além de ter como desafio fazê-lo seguir o tratamento farmacológico e não farmacológico².

A HAS representa um sério problema epidemiológico no Brasil, tanto pela sua elevada prevalência na população adulta e idosa, quanto pelas complicações que acarreta, com acentuadas taxas de morbimortalidade e impactos relevantes nos custos hospitalares, previdenciários, econômicos e sociais. É uma síndrome de origem multifatorial caracterizada pelo aumento das cifras pressóricas arteriais, possibilitando anormalidades cardiovasculares e metabólicas, que



podem levar a alterações funcionais e/ou estruturais de vários órgãos, principalmente coração, cérebro, rins e vasos periféricos^{3,4}.

Dados internacionais estimam que a doença afeta 50 milhões de pessoas nos Estados Unidos e um bilhão de pessoas no mundo⁴. No Brasil, esta prevalência atinge algo em torno de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%), tendo se tornado mais comum naquelas entre os 18 e 24 anos (5,9%) e a partir dos 55 anos de idade (50%)⁵.

Além disso, é uma doença dispendiosa para os pacientes, familiares e para sociedade, devido a sua natureza crônica, suas complicações e os meios utilizados para o seu controle e tratamento, além de custos intangíveis (efeitos colaterais, ansiedade, transtorno e perda da qualidade de vida)⁶.

O território de abrangência da ESF Nova Vista tem hoje 2.593 moradores e 749 famílias cadastradas, divididas por nove Agentes Comunitários de Saúde. A população vive basicamente da agricultura. Em nossa comunidade o principal indicador de morbidade identificado na Análise Situacional foi a Hipertensão Arterial, dados do SIAB da unidade mostram que 257 pacientes sofrem dessa doença, o que representa uma prevalência de 12,9 % em pessoas de 20 anos e mais. Em amostragem de 64 (24,90%) pacientes hipertensos de nossa população, feito ao começo do ano 2014, 32 deles, (50%) tinham seu doença sem controle; além disso, neste período, iniciaram quatro pacientes novos com hipertensão.

A população de nossa unidade de saúde, em geral, tem costumes alimentares, com dietas ricas em gordura animal e não tem o hábito de realizar atividade física. Além disso, não estão acostumados com a prevenção e sim com ações curativista, pois acredita que seja mais cômodo esperar os sinais e sintomas se agravarem, passando por uma consulta médica e fazendo tratamento medicamentoso.

Nós acreditamos, que mesmo que apesar da prevalência de HAS em nossa comunidade estar abaixo dos indicadores do país como um todo, o nosso



foco principal deve ser dirigido para o controle de pacientes cadastrados pela doença, e continuar a investigação de morbidade escondida existente.

Uma das formas de dimensionar e acompanhar estes pacientes são através do Hiperdia, que nada mais é do que um programa do Ministério da saúde com objetivo de acompanhar pacientes hipertensos e diabéticos captados nas unidades ambulatoriais do Sistema Único da Saúde. Com esse cadastro é também realizado o acompanhamento do indivíduo, assegurando que o mesmo receba os medicamentos prescritos e orientações dos profissionais da unidade básica, para a melhora de sua qualidade de vida⁷.

A população adstrita na UBS possui 257 hipertensos cadastrados no sistema de hiperdia. Observa-se a dificuldade na manutenção da pressão arterial em níveis considerados adequados em uma grande parcela dos usuários devido a os mesmos não fazerem uso correto dos medicamentos. Desta forma, é importante elaborar um plano de intervenção com objetivo de aumentar o controle e adesão ao tratamento. Torna-se essencial incentivar as mudanças do estilo de vida em busca de condições mais saudáveis de vida. Essas medidas em conjunto, contribuíram com a melhora da qualidade de vida.

Com base no que foi descrito acima, medidas preventivas e a identificação, controle e tratamento da HAS deve ser nossa meta de buscar, especialmente com o objetivo de evitar complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

O presente projeto tem como objetivo Elaborar um plano de intervenção para melhorar o controle e aderência ao tratamento dos portadores da HAS na unidade básica de saúde Nova Vista, Central-Bahia, no período Janeiro- Outubro de 2014.



1.2 OBJETIVOS:

- OBJETIVO GERAL:

-Elaborar um plano de intervenção para melhorar o controle e aderência ao tratamento dos portadores da HAS na unidade básica de saúde Nova Vista, Central-Bahia no período Janeiro- Outubro de 2014.

- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

-Planejar e realizar atividades educativas de capacitação e de incentivo à adoção de hábitos saudáveis e medidas de controle da HAS em nossos pacientes hipertensos.

-Realizar visita domiciliar à pacientes hipertensos que não foram acompanhados pelo médico durante o atendimento na consulta de Hiperdia, juntamente com outros profissionais da equipe de saúde, para dar orientações sobre sua doença e controle dela.

-Aumentar o número de consultas agendadas a pacientes com HAS.



2. Análise Estratégica.

Conforme o diagnóstico situacional realizado pela equipe de saúde da UBSF Nova Vista, situado no município Central, foi detectado dentre vários problemas, o alto índice de pacientes com HAS. Os grandes números de hipertensos cadastrados e o número de casos de doenças cardiovasculares na área de abrangência chamam a atenção da equipe no sentido de alertá-la sobre a necessidade de realizar ações para atingir o objetivo proposto que é diminuir os níveis pressóricos dos hipertensos com medidas preventivas para evitar as complicações. Para atingirmos o objetivo geral proposto elaboramos uma proposta de intervenção para o processo de atendimento do paciente hipertenso.

Na UBSF Nova Vista do município Central atende-se uma população de 2593 pessoas, destes, 257 com HAS, acompanhados na unidade a través do programa HIPERDIA. Em 64 (24,90%) pacientes hipertensos selecionados de nossa população ao começo do ano, 32 deles, (50%) não tinham controle da doença.

Observa-se por tanto a dificuldade na manutenção da pressão arterial em níveis considerados adequados numa grande parcela dos usuários devido ao não cumprimento das recomendações medicas, e não comparecimento nas consultas.

Além disso, outro ponto que nos chama a atenção foi em relação ao envelhecimento da população, sendo este outro fator de risco importante que potencializa a existência de novos casos de pacientes hipertensos, tornando assim um problema de saúde pública a nível local.

Os profissionais pertencentes à equipe de saúde da família estão diretamente envolvidos com as ações que visam reduzir os danos à saúde da população, e acreditamos que é possível alcançar as metas preconizadas pelo programa de HAS.

2.1 Método

Trata-se de um estudo de intervenção educativa e assistencial, com o objetivo de melhorar o controle e aderência ao tratamento de portadores de hipertensão arterial da UBSF Nova Vista, Município Central, no período Janeiro-Outubro de 2014. O universo de trabalho foi formado por 257 pacientes hipertensos cadastrados nessa UBSF, e foram selecionados 85 indivíduos hipertensos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 20 anos, residentes na área de saúde da UBSF Nova Vista, do Município Central, Bahia, que fazem acompanhamento em nossa unidade, inseridos no Programa de Hipertensão.

Os critérios de inclusão selecionados foram: pacientes de ambos os sexos; com idade igual ou superior a 20 anos, com diagnóstico médico de hipertensão arterial primária há mais de um ano; estarem cadastrados e acompanhados no programa de hipertensão da unidade e estarem conscientes e orientados.

O trabalho conta com três etapas: Etapa 1: Diagnostica; Etapa 2: Intervenção e Etapa 3: Avaliação. A etapa Diagnostica começa com a consulta aos prontuários de cada paciente, fazendo diagnóstico do problema, revisão da literatura tendo em conta os objetivos, justificativa da investigação e elaboração do projeto para resolver os problemas. A etapa de Intervenção começa com o desenvolvimento do projeto e a etapa de Avaliação com análise e discussão dos resultados e conclusão sobre a intervenção. Terminando assim no mês de outubro 2014 a etapa da avaliação.

Cronograma de intervenção

ATIVIDADES/PERÍODO	2013		2014									
	N O V	D E Z	J A N	F E V	M A R	A B R	M A I	J U N	J U L	A G O	S E T	O C T
Diagnóstico do Problema	x	x	x	x								
Revisão da Literatura				x	x	x						
Elaboração do PI						x	x	x				
Desenvolvimento do PI								x	x	x	x	
Análise e Discussão dos Resultados											x	
Conclusão sobre a intervenção											x	x
Avaliação do PI												x



2.2 Definição do problema:

- Elevado número de portadores de HAS sem controle de sua doença.

2.3 Metas estabelecidas:

- Aumentar o número de controles em consultas e visita domiciliares em portadores de HAS.
- Incentivar o comparecimento dos pacientes às consultas agendadas.
- Monitorar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico em cada controle ao paciente.
- Reduzir a prevalência da obesidade em pacientes com HAS.
- Reduzir o consumo de álcool em portadores de HAS.
- Reduzir a prevalência de consumo de tabaco em pacientes com HAS.
- Aumentar a prevalência de atividade física em portadores de HAS.
- Incentivar o consumo de dietas saudáveis em portadores de HAS.
- Reduzir o consumo diário de sal em pacientes com HAS.

2.4 Foram selecionados os seguintes nós críticos relacionados aos pacientes hipertensos sem controle da doença.

2.4.1 “Processo de trabalho da equipe de saúde da família”.

- Cumprir às consultas planejadas bimestralmente para pacientes hipertensos com pressão arterial normal, assim como com aqueles que estão com a Pressão arterial descontrolada.
- Realizar consultas com qualidade e atendimento integral a todos os pacientes.
- Capacitação de Recursos humanos e melhora da organização do atendimento.
- Realizar reuniões do grupo operativo da Hiperdia com frequência mensal na ultima quarta feira do mês

2.4.2 “Estrutura dos serviços de saúde da família”



- Garantir a disponibilização de medicamentos aos pacientes portadores de HAS e exames laboratoriais.
- Proporcionar acompanhamento bimestral através de consulta no povoado Mandacaru, devido ao alto pacientes hipertensos nessa área.

2.4.3 “Estilo de vida”

- Prestar assistência individualizada aos pacientes sem controle da HAS.
- Promover o autoconhecimento do paciente e da doença.
- Interagir com o paciente, através de dinâmica individual e familiar, e orientações em cada consulta.
- Fornecer informações educativas sobre a HAS e outros temas como: tabagismo, álcool, sedentarismo, consumo de sal, alimentação saudável, medicalização.

2.4.4 “Nível de Informação”

Interagir com os usuários participantes, através de dinâmicas, palestras, orientações, trabalho de temas relevantes e de interesses geral com frequência bimensal.

As técnicas iniciais que utilizamos neste projeto de intervenção foram às entrevistas individuais com os pacientes, realizadas de modo aprofundado, levantando as questões relacionadas à terapêutica não-farmacológica, de modo que as dúvidas e as dificuldades detectadas foram resolvidas. Avaliamos o grau de satisfação desses pacientes ao atendimento realizado pela equipe de saúde em questão. As entrevistas individuais acontecerem semanalmente no dia do atendimento aos portadores de HAS, com duração de 15 a 20 minutos, com o cronograma semanal estabelecido no posto para conhecimentos dos pacientes com anterioridade.

O alto número de pacientes portadores de HAS sem controle tornou-se um problema de saúde pública em nossa comunidade, devido ao alto risco de complicações cardiovasculares e outras. Tem-se como agravante a capacidade



de enfrentamento restrita, pois nem todas as ações de prevenção e promoção podem ser feitas pela equipe de saúde sem apoio da Secretaria Municipal de Saúde e outros órgãos.

A hipertensão arterial sistêmica representa sério problema de saúde pública, com uma prevalência que atinge mais de 30% da população adulta e mais de 50% dos idosos no Brasil⁸.

Cerca de 40% dos pacientes hipertensos não conseguem manter níveis de pressão arterial controlado⁹. A maior razão para o controle inadequado foi a falta de adesão ao tratamento, uma vez que um percentual considerável de remédios prescritos por médicos e recomendações de mudança nos hábitos de vida não são acatados por muitos pacientes. Baixo por cento dos doentes seguem todas as orientações médicas, como os horários para tomar os remédios e alterações no estilo de vida.

A intervenção foi desenvolvida no município de Central, o qual se localiza na região Centro-Norte, com uma população estimada em 18.061 (dados do IBGE do censo de 2010) habitantes. Distância até a capital do estado 500 quilômetros.

A proposta foi desenvolvida na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Nova Vista, situada no sertão da cidade de Central, Bahia. A área de abrangência da USF é responsável pela cobertura de 2593 pessoas, e 749 famílias cadastradas.

O Programa de hipertensos desenvolvido na Unidade de Saúde de Nova Vista tem como objetivo o acompanhamento sistematizado dos pacientes hipertensos, visando ao manejo adequado da HAS. As atividades previstas no programa são: o cadastro dos pacientes, a distribuição de medicamentos e o atendimento individual ou em grupo bimensal. Nesse Programa, estão incluídos pacientes adultos hipertensos de ambos os sexos, a maioria com idade superior a 50 anos, de diferentes raças e as variadas crenças religiosas e situações conjugais.



Os indivíduos da amostra foram classificados e agrupados por sexo e faixa etária e as informações serão obtidas por meio de consulta aos prontuários de cada paciente e as informações dos relatórios mensais.

Posteriormente agendamos encontros em grupo, que servirem como sessões educativas, com os portadores de HAS. Acontecendo de 15 em 15 dias, com duração de 30 minutos, com uma média de 25 pacientes por encontro. Os assuntos enfocados foram questões relatadas nos encontros individuais. Utilizamos linguagem adequada para que todos os participantes pudessem entender o conteúdo exposto. Houve participação de equipe multiprofissional.

Na educação e saúde com o grupo foram abordados temas sobre a dieta, tabagismo, consumo de bebida alcoólica e prática de atividade física, consumo dos medicamentos e assistência às consultas.

Com tudo, as atividades propostas foram adaptadas de acordo com o contexto da população e características da comunidade, respeitando crenças, valores, limitações e desejo dos participantes. Tomando por base o plano de cuidados será usado durante o ciclo das consultas, com o objetivo de informar e orientar aos hipertensos de uma forma clara, objetiva e ilustrativa.

3. Implantação, descrição e avaliação da intervenção

Trata-se de um estudo de intervenção educativa e assistencial, desenvolvido com 85 pacientes hipertensos da USF Nova de Município Central.

As intervenções foram realizadas em dez meses, contemplando cinco encontros com palestras de duração máxima de 30 minutos cada. Os encontros e palestras aconteceram durante as consultas médicas visando estimular maior adesão dos participantes ao programa. Ressalta-se que todos os integrantes do estudo assinaram o termo de Consentimento Livre. A utilização do Planejamento Estratégico Situacional para elaboração da proposta de intervenção permitiu a equipe formular propostas baseadas em evidências e com grande probabilidade de serem resolutiva.

Tema do encontro	Descrição	Responsável	Duração
Hipertensão: conceito, situação no município e no Brasil	-Orientar aos pacientes hipertensos o conceito da HAS e a situação no município e no Brasil.	Equipe da saúde da família	30 minutos
Importância da alimentação saudável e obesidade.	-Orientar sobre a importância de manter a dieta e assim prevenir a obesidade.	Equipe da saúde da família	30 minutos
Tabagismo e consumo de Álcool e inatividade física	-Orientar sobre os danos que ocasiona o tabagismo e o consumo de álcool para a hipertensão	Equipe da saúde da família	30 minutos
Tratamento medicamentoso e não medicamentoso: doses, horários e reações.	-Orientar a importância das doses, horários do tratamento medicamentoso e não medicamentoso no controle da hipertensão.	Equipe da saúde da família	30 minutos
Principais complicações de não controle da doença.	-Orientar sobre as principais complicações da HAS por não ter controle da doença.	Equipe da saúde da família	30 minutos

As atividades abrangeram: caracterização da amostra, palestras educativas e avaliação da intervenção, conforme descrição a seguir.



Primeiro encontro

Neste encontro foram coletados dados sócios demográficos de saúde de cada paciente, além disso, foi realizada palestra sobre hipertensão arterial, situação no Brasil, e no município.

As medidas da Tensão Arterial Sistólica (TAS) e Tensão Arterial Diastólica (TAD) (mmHg) foram mensuradas, em um esfigmomanômetro por auxiliares de enfermagem da ESF em todos os encontros como forma de verificar o controle pressórico dos pacientes (antecedendo a consulta médica), nos casos com hipertensão arterial nesse momento, forem verificados por o médico. Tivemos em conta a classificação das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁸ (Anexos-Quadros 1 e 2).

Para a avaliação nutricional dos participantes do grupo, foram aferidos, pelo médico, peso na balança mecânica e altura no estadiômetro móvel, a fim de calcular o Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela divisão do peso em quilogramas (kg) e da altura ao quadrado em metros (m). Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) (Quadro 3) os pontos de corte para o diagnóstico de sobrepeso / obesidade em cada fase do curso da vida¹⁰.

Segundo encontro

Realizou-se uma palestra educativa sobre a importância da alimentação não saudável e obesidade no controle da hipertensão arterial, com enfoque no consumo de sal, temperos industrializados, e excesso de gorduras na dieta.

Terceiro encontro

Foi realizada palestra dialogada sobre o consumo de álcool, tabagismo, e inatividade física para um controle da Hipertensão Arterial.

Quarto encontro

Este encontro abrangeu a exposição dos temas do tratamento não medicamentoso e medicamentoso, os horários do consumo dos medicamentos, as doses e reações medicamentosas. Além disso, foi exposta a importância da adesão ao tratamento e possíveis intercorrências, os fatores de risco para doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção.



Quinto encontro

Neste encontro foram abordadas as principais complicações do não controle da doença e os principais sintomas do descontrole da mesma.

Destaca-se que todos os encontros foram conduzidos de forma dinâmica, a fim de possibilitar a participação dos integrantes do grupo. Ao longo dos encontros, os pacientes faziam perguntas sobre o tema em questão e as dúvidas eram sanadas de forma que ficassem bem compreendidas.

A etapa final do projeto se fundamenta na avaliação dos resultados e na elaboração do relatório. Todos os procedimentos realizados na Unidade Básica de Saúde da Família foram avaliados, analisando a resposta do público-alvo, observando os resultados do controle da pressão arterial e a adesão às medidas preventivas.

Material:

- Retroprojetor, transparências e outros recursos cabíveis;
- Cartazes informativos a respeito da hipertensão, suas causas e complicações;
- Painéis com fotos ilustrativas;
- Dinâmicas de grupo;
- Apresentação dos principais grupos alimentícios relacionados com o problema da hipertensão arterial.
- Esfigmomanômetro e estetoscópios próprios.

Destaca-se que todos os encontros foram conduzidos de forma dinâmica, a fim de possibilitar a participação dos integrantes do grupo. Ao longo dos encontros, os pacientes faziam perguntas sobre o tema em questão e as dúvidas eram sanadas de forma que ficassem bem compreendidas.

3.1 DESCRIÇÃO:

Estima-se que a pressão arterial alta cause 7,5 milhões de mortes, cerca de 12,8 % de todas as mortes e este é um fator de risco para doenças

cardiovasculares¹¹. A prevalência de pressão alta é semelhante em todos os grupos de renda, contudo é geralmente menor na população de alta renda¹².

A hipertensão arterial integra o grupo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que representam 72,0% das causas de mortes no Brasil¹³. Em 2010, a hipertensão arterial atingiu 23,3% dos brasileiros e o excesso de peso acometeu 48,1% deles¹⁴.

Nosso estudo contou com a participação de 85 pacientes, dos quais 47,0% eram idosos e 60,0% mulheres. A média de idade da amostra foi 60,45 anos, sendo esta superior entre os homens (65,9) (Tabela 1).

Tabela No. 1 Distribuição dos pacientes da mostra segundo sexo y faixa etária. Unidade Básica de Saúde, Nova Vista, Central, 2014.

Faixas Etárias	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total	
	No. (n=34)	%	No. (n=51)	%	No. (n=85)	%
30-39 anos	-	-	2	3,9	2	2,3
40-49 anos	3	8,8	6	11,7	9	10,5
50-59 anos	15	44,1	19	37,2	34	40,0
60 anos e mais	16	47,0	24	47,0	40	47,0
Total	34	40,0	51	60,0	85	100

Fonte: Prontuários dos pacientes

No Brasil, a prevalência média de HAS auto-referidas na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico¹⁵, é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%).

Em nosso estudo identificou-se predominância de pacientes do sexo feminino (Tabela 1). Em todas as faixas etárias há mais mulheres que homes, sendo a maior diferença na idade entre 40 e 49 anos. Os resultados deste estudo reforçam a influência do aumento da idade, no aumento da prevalência de hipertensão arterial.

O aumento da prevalência de hipertensão arterial com o avançar da idade pode ser explicado por uma sucessão de eventos fisiopatológicos que se acumulam e (ou) ocorrem com o processo de envelhecimento.

Com o início do projeto e da organização do atendimento médico percebemos que muitos pacientes obtiveram melhoras de seu controle da hipertensão arterial, tanto pelo acompanhamento mais qualificado em relação ao cuidado, quanto pela adoção de medidas de vigilância e promoção. Nos meses seguintes os resultados foram mais animadores. Vários usuários reconhecem o trabalho e empenho da equipe e fazem elogios durante as visitas dos agentes comunitários, consultas individuais ou em grupos.

Com a organização da agenda diminuiu o número de pessoas no horário reservado ao atendimento da demanda espontânea, gerando mais tempo para planejamento e organização de ações para o atendimento a grupos prioritizados.

Tabela No. 2 Consultas médicas ao paciente hipertenso no PSF Nova Vista nos anos 2013 e 2014.

Indicador	2013	2014
Média de consultas mensais	145	315
Média de consultas mensais a hipertensos	12	40
Consulta mensal por hipertenso	0.08	0.12

Fonte: Registro da equipe + SIAB 2013

A média dos controles aos hipertensos (tabela 2) se incrementou até 40 em quantidade mensal, e de 0.09 consultas por hipertenso no ano 2013 a 0.15 neste ano, tenha-se em conta que o Programa Mais Médico começou no mês de setembro de 2013. Acreditamos que corresponde à organização do trabalho e ao maior tempo da permanência do médico na UBSF.

Acreditamos que o tempo da intervenção foi curto para avaliar mudanças significativas no estado nutricional, consumo de álcool e tabagismo dos pacientes estudados, ainda assim tivemos em conta algumas modificações de



estilo de vida e redução aproximada da pressão arterial nas palestras com nossos pacientes.

As reuniões mensais com a equipe foram sistematizadas, para avaliar o cumprimento do cronograma das atividades e os resultados do projeto. A avaliação foi pactada no cálculo do indicador, sendo considerada a meta de aumento de 10 % de acompanhamento dos pacientes estudados a cada mês, e o aumento do controle de sua doença em 5% deles.

Foram aumentadas e cumpridas às consultas planejadas com frequência bimensal para pacientes hipertensos com sua tensão arterial normal e mensal aos pacientes hipertensos sem controle de sua tensão arterial; a média de atendimentos mensais para pacientes com hipertensão foi de 40 e a média das visitas domiciliares para pacientes com hipertensão que não tem acompanhamento na UBS foram 5.

As consultas foram realizadas com qualidade e atendimento integral a todos os pacientes, nelas são avaliados temas como: dieta, atividade física, cumprimento do tratamento medicamentoso e avaliação nutricional de cada paciente. Em cada consulta é desenvolvida atividade educativa individual e a identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e co-morbidades, visando à estratificação do paciente.

Foram realizadas reuniões mensais com a equipe para melhora da organização do atendimento a cada paciente hipertenso, além disso, se orientam a os agentes comunitários o encaminhamento à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados com suspeitas de serem portadores de hipertensão, e verificar o comparecimento dos pacientes hipertensos às consultas agendadas na unidade. Foi realizada a capacitação a equipe para o uso do procedimento de medida da pressão arterial recomendado pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010.

Também foi orientada a equipe para o acolhimento de todo paciente hipertenso que procura a unidade sem agendamento prévio.

Os medicamentos mais usados por nossos pacientes foram: Hidroclorotiazide 74,2% dos pacientes, Enalapril 34,2 %, e em menos quantidade: Losartana, Atenolol, Propranolol e Furosemida.

Ao início da intervenção, dos 85 pacientes (33,0% de hipertensos cadastrados em nossa população), 42 deles, (49,4%) tinham sua doença sem controle (tabela 3, gráfico 1); e na última avaliação feita neste mês de setembro 2014 (tabela 4, gráfico 2), só 12 pacientes (14,1%) não tinham controle da sua doença, o que representa um aumento do controle da hipertensão em um 36,7% deles, e um 85,9 % de controle no total do grupo estudado (tabelas 3 e 4).

Tabela No. 3 Distribuição dos pacientes da mostra segundo sexo, faixa etária e controle da Hipertensão ao início do projeto. Unidade Básica de Saúde, Nova Vista, Central, 2014.

Faixas Etárias	Sexo Masculino			Sexo Feminino			Total		
	No. (n=34)	Sem controle	%	No. (n=51)	Sem controle	%	No. (n=85)	Sem controle	%
30-39 anos	-	-	-	2	1	50.0	2	1	50.0
40-49 anos	3	2	66.6	6	3	50.0	9	5	55.5
50-59 anos	15	9	60.0	19	10	52.6	34	19	55.8
60 anos e mais	16	7	43.7	24	10	41.6	40	17	42.5
Total	34	18	52.9	51	24	47.0	85	42	49.4

Fonte: Prontuários dos pacientes

Tabela No. 4 Distribuição dos pacientes da mostra segundo Sexo, faixa etária e controle da Hipertensão ao final do projeto. Unidade Básica de Saúde, Nova Vista, Central, 2014.

Faixas Etárias	Sexo Masculino			Sexo Feminino			Total		
	No. (n=34)	Sem controle	%	No. (n=51)	Sem controle	%	No. (n=85)	Sem controle	%
30-39 anos	-	-	-	2	-	-	2	-	-
40-49 anos	3	-	-	6	1	16.6	9	1	11.1



50-59 anos	15	2	13.3	19	3	15.7	34	5	14.7
60 anos e mais	16	3	18.7	24	3	12.5	40	6	15.0
Total	34	5	14.7	51	7	13.7	85	12	14.1

Fonte: Prontuários dos pacientes

Dos 85 pacientes, só 3 (3,5%) tiveram menos de 3 acompanhamento pela equipe neste período.

A maior dificuldade encontrada foi à ausência de algum dos medicamentos na UBS.

Quanto às doenças concomitantes, foram a Diabetes Mellitus 14,2 % da mostra, e Acidente Vascular Cerebral 5,7 %.

Nossa equipe de Saúde da Família conhece a realidade de todas as famílias pelas quais somos responsáveis; identificamos os principais problemas de saúde e situações de risco; elaboramos, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença; prestamos assistência integral na UBSF, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar e desenvolvemos ações educativas intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados.



4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação no curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde de Família contribuiu para melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários pela equipe de saúde da nossa unidade, principalmente pela organização do processo de trabalho. Possibilito que a equipe refletisse como estava lidando com as demandas e como as atividades estavam sendo realizadas de forma intuitiva e automática. A importância da estratégia saúde da família foi ressaltada e surgiu o questionamento se a equipe realmente estava cumprindo sua função.

Os resultados do projeto permitiram verificar a importância da intervenção realizada tendo em vista que o cumprimento dos objetivos favoreceu o controle da hipertensão arterial, proporcionou mudanças positivas de estilo de vida, cumprimento do tratamento, controle da doença e melhoria na qualidade de vida dos participantes. Adicionalmente, destaca-se a grande aceitação e demonstração de interesse dos integrantes do grupo pelas atividades realizadas.

A atenção primária à saúde, que tem como base estratégica a ESF, realiza ações no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Deste modo, por meio do presente estudo foi possível perceber que a inserção de ações sobre o melhoramento do controle da hipertensão arterial na atenção primária a saúde, integrada às demais ações da ESF pode ter um importante impacto na saúde dos pacientes.

Essa iniciativa pode estimular o desenvolvimento de futuros trabalhos interdisciplinar, essencial para maior eficácia das ações feitas na área de saúde coletiva, visando melhoria na qualidade de vida dos usuários das Unidades Básicas de Saúde.

O trabalho da Equipe de Saúde da Família tem como característica fundamental a interdisciplinaridade, pois, para obter melhor impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que as ações tenham por base uma equipe formada por profissionais de diferentes



áreas, capazes de desenvolver diferentes disciplinas. A ação entre diferentes disciplinas pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Assim, a valorização dos diversos saberes e práticas contribuem para uma abordagem mais integral e resolutiva, sendo vista como estratégia para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, pelo que acho muito importante a necessidade da inserção de outros profissionais para o atendimento integral do paciente (profissionais de nutrição, psicologia, terapia ocupacional e educação física).

REFERÊNCIAS



1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde/Ministério de Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério de Saúde, 2006.
3. NOGUEIRA D, Faerstein E, Coeli CM, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. **Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil**. Rev Panam Salud Pública. 2010; 27:103-9.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes brasileiras de hipertensão**. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(1-supl.1):1-51.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2011: **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
6. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2007 [cited 2014 Maio 4];89(3):24-79. Available from: <http://www.arquivosonline.com.br/2007/8903/pdf/8903012.pdf>
7. BRASIL. E- SUS **Atenção Básica Portal de saúde**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807



8. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(1):1-51
9. SIEGEL D, Lopez J, Meier J. **Antihypertensive medication adherence in the department of veterans affairs.** *Am J Med.* 2007;120(1):26-32.
10. Obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Diagnóstico Nutricional-Avaliação do estado nutricional;** pág. 29-34,- Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
11. WHO 2009. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks.** Geneva, World Health Organization, 2009.
12. WHO 2011. **Global status report on noncommunicable diseases 2010.** Geneva, World Health Organization, 2011.
13. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
14. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2010. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011: **vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília:



Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR_2011.pdf>.

ANEXOS

Quadro No. 1 Classificação da Pressão Arterial de acordo com a medida casual no consultório para indivíduos acima de 18 anos (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2010)

Classificação	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
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 Sistólica Isolada	≥ 140	< 90

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2010.

Quando a pressão sistólica e diastólica de um paciente situa-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Quadro No. 2 Valores de Pressão Arterial no consultório, MAPA, AMPA e MRPA que caracterizam Efeito do Avental Branco, Hipertensão do Avental Branco e Hipertensão Mascarada. (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2010)

Pressão arterial (mmHg)				
	Consultório	MAPA (vigília)	AMPA	MRPA
Normotensão ou hipertensão controlada	< 140/90	≤ 130/85	≤ 130/85	≤ 130/85
Hipertensão	≥ 140/90	> 130/85	> 130/85	> 130/85
Hipertensão do avental branco	≥ 140/90	< 130/85	< 130/85	< 130/85
Hipertensão mascarada	< 140/90	> 130/85	> 130/85	> 130/85

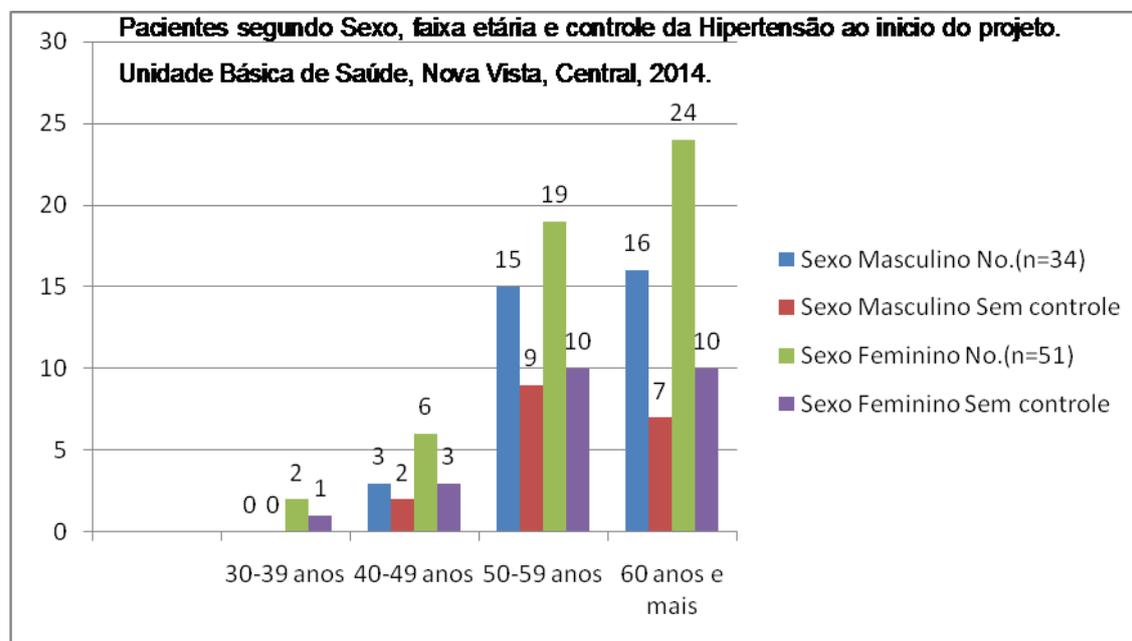
MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial), AMPA (Automedida da Pressão Arterial) e MRPA (Monitorização Residencial da Pressão Arterial).

Quadro No. 3 Pontos de corte para o diagnóstico de sobrepeso / obesidade em cada fase do curso da vida, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006)

Fases do curso da vida	Índices e Pontos de Corte para Sobrepeso e Obesidade
Crianças (menores de 10 anos)	Peso/Altura (P > 97°)
Adolescentes (>10 anos e < 20 anos)	IMC percentilar por idade e sexo (P > 85°)
Adultos (20 anos e < 60 anos)	IMC (> 25 sobrepeso e > 30 obesidade)
Idosos (> 60 anos)	IMC (> 27 sobrepeso)
Gestantes (> 10 e < 60 anos)	IMC por semana gestacional (verificar tabela SISVAN)

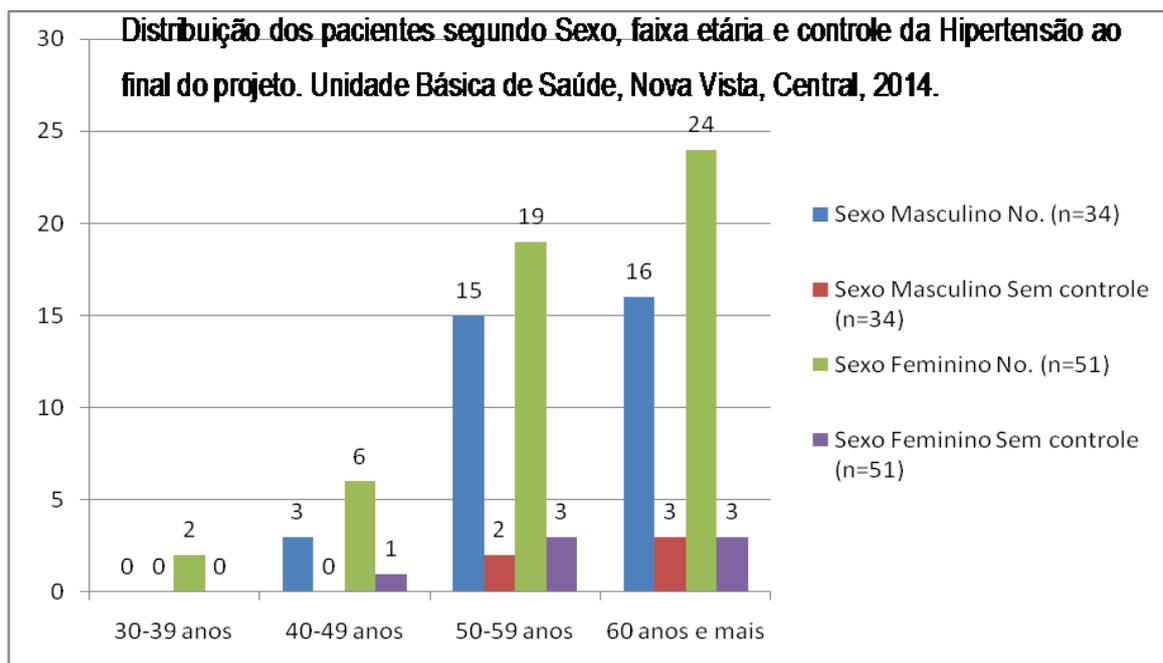
Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2006)

Gráfico No. 1



Fonte: Prontuários dos pacientes

Gráfico No. 2



Fonte: Prontuários dos pacientes

Palestra com os pacientes hipertensos



Palestra com os pacientes hipertensos

