

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANDRES PAULO ANDIA DO NASCIMENTO

AVALIAÇÃO DOS PACIENTES COM HIPERTENSAO ARTERIAL DA
ESTRATEGIA DE SAUDE AGUA BRANCA E DEFINIÇÃO DO RISCO
CARDIOVASCULAR, GUAMIRANGA - PR

CURITIBA

2019

ANDRES PAULO ANDIA DO NASCIMENTO

AVALIAÇÃO DOS PACIENTES COM HIPERTENSAO ARTERIAL DA
ESTRATEGIA DE SAUDE AGUA BRANCA E DEFINIÇÃO DO RISCO
CARDIOVASCULAR, GUAMIRANGA - PR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientador(a): Profa. Dra Daiana Kloh Khalaf

CURITIBA

2019

Resumo

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica responsável do aumento de complicações cardiovasculares e morbimortalidade. Estas complicações são passíveis de intervenção pela Atenção Primária à Saúde. Na Estratégia de Saúde de Água Branca foi constatado que os pacientes hipertensos não recebiam o acompanhamento adequado. Neste sentido, foi elaborado um projeto de intervenção com o objetivo de definir o risco cardiovascular dos pacientes hipertensos segundo o score de Framingham. Como objetivos específicos buscou-se diminuir a probabilidade de evento cardiovascular dos pacientes e melhorar o acompanhamento de consulta médica dos pacientes. A pesquisa ação foi o método utilizado neste projeto. Foram avaliados 112 pacientes dos quais 28 se encontravam com a pressão arterial maior a 140/90 mmHg, mesmo em uso de medicação anti-hipertensiva. Em relação a classificação de risco cardiovascular, segundo o score de Framingham, foram identificados 34 pacientes como alto risco, 33 pacientes como risco moderado, 16 pacientes como baixo risco e 29 pacientes não vieram para a consulta. O resultado demonstrou que os pacientes não possuem controle adequado da doença e não recebem o acompanhamento adequado. Os pacientes receberam informações sobre Hipertensão Arterial e será iniciado o acompanhamento de acordo ao risco cardiovascular. A partir destes dados será possível reorganizar o serviço seguindo as recomendações e melhorar a qualidade de vida dos usuários e da atenção à saúde.

Palavras-chave: Hipertensão. Avaliação em saúde. Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is a chronic disease responsible for the increase of cardiovascular complications and morbidity and mortality. These complications are subject to intervention by Primary Health Care. The White Water Health Strategy found that hypertensive patients were not adequately monitored. In this sense, an intervention project was designed to define the cardiovascular risk of hypertensive patients according to the Framingham score. The specific objectives were to reduce the likelihood of patients cardiovascular events and improve the follow-up of patients' medical appointments. The action research was the method used in this project. A total of 112 patients were evaluated, 28 of whom had blood pressure higher than 140/90 mmHg, even on antihypertensive medication. Regarding the cardiovascular risk classification, according to the Framingham score, 34 patients were identified as high risk, 33 patients as moderate risk, 16 patients as low risk and 29 patients did not come for consultation. The result showed that patients do not have adequate disease control and do not receive adequate follow-up. Patients received information about hypertension and follow-up will be initiated according to cardiovascular risk. From these data it will be possible to reorganize the service following the recommendations and improve the quality of life of users and health care.

Keywords: Hypertension. Health assessment. Primary Health Care

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 JUSTIFICATIVA.....	18
1.2 OBJETIVOS.....	19
1.2.1 Objetivo geral.....	19
1.3 METODOLOGIA.....	19
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	26
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
4.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS.....	28

1 INTRODUÇÃO

O município de Guamiranga consta com uma Área Total de 259,632 km² e uma Área urbana: 10 km². Foi desmembrado de Ibituva e no ano de 1997 foi elevada à categoria de Município. As atividades principais são a agricultura, indústrias cerâmicas e fomicultura. Os produtos principais são o fumo, soja, milho, feijão, a produção de tijolos, telhas e o clima é subtropical úmido mesotérmico com verões quentes e invernos com geadas severas e frequentes.

A população no último Censo, realizado em 2010 pelo IBGE, Guamiranga totalizou 7.900 habitantes, sendo que o número atual (2018) estimado é de 8.619 pessoas. A maior concentração populacional se dá na área rural do município, compreendendo cerca de 80% da população. A Densidade demográfica é de: 32,27 hab/km².

A estrutura política do Município está formada por um prefeito, um vice-prefeito e nove vereadores principalmente, mas também possui outras instituições representativas como a Associação de pequenos agricultores, clube de mães, Pastoral da criança e o Sindicato dos Trabalhadores Rurais.

Quanto a Educação oito escolas existem no Município de Guamiranga. Duas escolas oferecem Ensino Fundamental 01, duas escolas oferecem educação infantil e fundamental 01, duas escolas oferecem ensino fundamental 02 e ensino médio e duas creches que oferecem educação infantil. O município não possui instituições de Ensino Privado.

Existem 11 igrejas com predomínio da religião católica, evangélica e luterana. Apresentam nove armazéns/bares e um restaurante.

Outra informação que considero importante e o fato da população ter baixo nível de escolaridade, não apresentar um aterro adequado para a eliminação do lixo.

O serviço de saúde está organizado por três Estratégias de Saúde da Família que cobrem 100% do território (Água Branca, ESF-3 e Boa-vista), por sete unidades de saúde, um pronto atendimento e uma farmácia. No município não existe rede hospitalar, sendo assim os atendimentos de média complexidade são encaminhados para o Consorcio Intermunicipal de Saúde e Santa Casa de Irati e serviços de saúde do município de Ponta Grossa. Os atendimentos de alta complexidade são encaminhados para Curitiba, Campo Largo e Ponta Grossa. A ESF onde atuo é a Água Branca formada por três unidades básicas de saúde: Agua

Branca, Tigre e Barreiro. A população está formada por 563 famílias cadastradas e atende 1447 pessoas das quais 744 são homens e 703 são mulheres (fonte ACS). Quanto à distribuição por faixa etária está formada por 152 crianças de 0 a 7 anos, 190 adolescentes de 8 a 17 anos, 866 adultos de 18 a 59 anos e 239 idosos com 60 anos ou mais (fonte ACS da unidade em que a ação foi desenvolvida), desses totais todos moram em área rural. A Atual equipe de trabalho é composta por um médico, uma enfermeira, por duas técnicas de enfermagem, um dentista, uma auxiliar de odontologia, cinco agentes comunitários de saúde, uma assistente operacional e um motorista. No último mês foram registrados 233 atendimentos e os principais motivos de consulta correspondem principalmente a resfriados comuns e infecções de vias aéreas superiores, lombalgias muito relacionadas ao trabalho que exercem na área rural desde crianças, renovação de receitas de medicamentos de uso crônico e saúde mental. Na unidade de saúde fazem acompanhamento 301 pessoas com doenças crônicas.

O coeficiente geral de mortalidade corresponde a 9,6 em um período de Junho de 2017 até Junho de 2018 (fonte ACS). Como causas principais dessas mortes destacam doenças do aparelho cardiovascular, neoplasias, doenças respiratórias, causas externas e doenças infecciosas. O coeficiente de mortalidade infantil e o coeficiente de razão de mortalidade materna são de 0, pois o município não registro mortes nesses 2 grupos no último ano.

Como principais vulnerabilidades da comunidade considero o baixo acompanhamento dos pacientes com Hipertensão Arterial, o baixo acompanhamento dos pacientes com Diabetes Mellitus 2, a gravidez adolescente, a falta de água tratada na comunidade do Barreiro, a falta de rede esgoto e o número elevado de pessoas tabagistas

Não temos nenhum caso de Sífilis Congênita registrado no município já que todas nossas gestantes realizam todos os controles pré-natais e os exames para detecção de sífilis na gestação, assim como também não temos casos de Tuberculose e Dengue registrados (fonte SINAN).

A cobertura vacinal de rotina em crianças menores de 1 ano e de 100%, garantida pelo agendamento das pacientes ou ao realizar visitas domiciliares pela equipe e todas nossas gestantes realizam mais de sete consultas de pré-natal, conforme a orientação do ministério da saúde.

O baixo acompanhamento dos pacientes hipertensos foi o problema priorizado porque muitos dos nossos pacientes não têm a doença controlada. A hipertensão arterial contribui diretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular e suas complicações cardíacas, renais e cerebrovasculares tem impacto elevado na produtividade e na qualidade de vida dos pacientes (MALACHIAS, MVB et al.). Este problema afeta a 253 pessoas da nossa população de adultos e idosos e se apresenta em toda a comunidade. Por tanto faz parte da rotina da equipe de trabalho e pode ser observável no cotidiano.

1.1 JUSTIFICATIVA

A principal causa de morte na comunidade em que atuo é por doença cardiovascular, sendo a HAS um importante fator de risco. Os nossos pacientes hipertensos não têm tido acompanhamento do controle da doença e por esses motivos a Equipe de trabalho elegeu este problema como prioridade da nossa atenção.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). 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 da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015.

Entre 60 a 80% dos casos de HAS podem ser tratados na rede básica, pois são de fácil diagnóstico, não requerem tecnologia sofisticada, podendo ser tratadas e controladas com medicamentos de baixo custo, com poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade em atenção primária.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Definir o risco cardiovascular dos pacientes hipertensos segundo o score de Framingham.

1.2.2 Objetivo específico

- Diminuir a probabilidade de evento cardiovascular dos pacientes.
- Melhorar o acompanhamento de consulta medica dos pacientes.

1.3 METODOLOGIA

Este projeto de intervenção possui como abordagem metodológica a pesquisa-ação, um método de condução de pesquisa aplicada, com três ações distintas: Observar, para elaboração de diagnóstico; Pensar, para identificação de problemas; e Agir, para proposição/implantação de soluções (Thiollent, 2007).

Para a elaboração do projeto foi realizada uma reunião com a minha equipe de trabalho ESF de Água Branca, onde foi possível estabelecer uma lista com os principais problemas da comunidade. Após observar os principais motivos de consulta, as principais causas de morte, e em conversar com a comunidade, foi possível refletir e propor uma intervenção para o baixo acompanhamento dos pacientes hipertensos. Trata-se de um problema relevante, que merece ser priorizado e no qual podemos ter governabilidade.

O projeto foi realizado com a ESF de Água Branca, no Município de Guamiranga, durante o mês de Junho de 2019.

A população alvo foi de 112 pacientes adstritos no território da Unidade de Saúde/ESF de Água Branca, por ser uma amostra representativa e serem pacientes que apresentam ACS durante a realização do trabalho. Foram selecionados pacientes que já apresentem diagnóstico de HAS, de qualquer faixa etária, e de ambos os sexos (feminino e masculino). As agentes comunitárias de saúde serão as encarregadas de agendar e de convidar os pacientes.

A elaboração da proposta está composta por duas fases: a primeira e identificar os pacientes com Hipertensão Arterial Descompensada e definir o risco cardiovascular segundo o score de Framingham e a segunda melhorar o acompanhamento de consulta medica dos pacientes e diminuir a probabilidade de evento cardiovascular dos pacientes.

As atividades foram realizadas seguindo a seguinte metodologia:

- Data/horário: A atividade será realizada todas as sextas feiras durante um período de 1 mês. Entre 8:30 AM até 12:00 AM.
- Objetivo: Definir os pacientes com Pressão arterial maior a 140/90 e definir o risco cardiovascular dos pacientes hipertensos segundo o score de Framingham.
- Estratégia: Anamnese durante consulta individual do paciente.
- Duração/número de participantes: Serão agendados 32 pacientes por dia com uma duração da consulta de 7 minutos por paciente.
- Recursos utilizados: Registro das informações no prontuário do paciente.

Posteriormente, de acordo ao resultado da classificação - baixo, moderado ou alto - será agendada a periodicidade das consultas para acompanhamento, sendo estipuladas da seguinte forma:

- Categoria: risco baixo; risco moderado; risco alto.
- Consulta médica: anual; semestral; quadrimestral.

Durante o acompanhamento médico o objetivo será manter os níveis pressóricos em valores adequados e reduzir o risco cardiovascular do paciente.

Também serão realizadas palestras que irão ocorrer todas as sextas feiras durante um período de um mês, entre 8:30 AM até 12:20 AM, com o objetivo de instruir os pacientes hipertensos sobre a doença e os principais fatores de risco. A estratégia utilizada será ensino em pequenos grupos. Serão agendados 32 pacientes por dia com uma duração de 20 minutos por dia e o recurso utilizado serão slides em Power Point.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A HAS é uma condição que envolve vários fatores e é caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA) (PA \geq 140 x 90mmHg).

"Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais" (Brasil, 2014). A HAS é uma doença na maior parte assintomática o que dificulta o diagnóstico precoce e a adesão do tratamento pelo paciente.

No Brasil, a HAS atinge aproximadamente 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, sendo que 60% dos casos são em pessoas idosas. Além do número elevado de acometidos, a HAS contribui, direta ou indiretamente, para 50% das mortes por doença cardiovascular. Concomitante a HAS, o Diabetes Mellitus auxilia no agravamento da doença com complicações cardíacas, renais e AVE, tendo um impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar (MALACHIAW, et al. 2016).

A taxa de mortalidade por hipertensão no Estado do Paraná, no ano de 2016, corresponde a 24,5/100.000 habitantes. No Estado, as doenças cardiovasculares historicamente ocupam o primeiro lugar nas causas de óbito. Em 2015, ocorreram 95.763 internações por doenças cardiovasculares, e a taxa de mortalidade foi 182,4 /100.000 habitantes. Chama-se atenção para a tendência de redução das taxas de óbito pela HAS desde 2010. No município de Guamiranga – PR não existem dados oficiais. (LANGOWISKI; KOERICH; TROMPCZYNSK, 2018)

Segundo o Ministério da Saúde os objetivos principais são o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade e para isso os profissionais de saúde da Atenção Primária têm papel fundamental nas ações individuais e coletivas de controle da HAS, como identificação do grupo de risco, diagnóstico precoce, conduta terapêutica e educação em saúde (Brasil, 2006).

A pressão arterial é considerada normal quando a pressão sistólica for menor ou igual de 120 mmHg ou a pressão diastólica for menor ou igual a 80 mmHg. É classificada também como Pre-hipertensão (121-139 para sistólica e 81-89 mmHg para diastólica), Hipertensão estágio 1 (140-159 para sistólica e 90-99 mmHg para diastólica), Hipertensão estágio 2 (160-179 para sistólica e 100-109 mmHg para diastólica), Hipertensão estágio 3 (maior ou igual a 180 para sistólica e maior ou igual a 110 mmHg para diastólica). Quando a pressão arterial sistólica e diastólica se encontram em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da PA (Brasil, 2006).

Na avaliação do paciente hipertenso é de fundamental importância a Estratificação do Risco Cardiovascular Global para orientar a conduta e o prognóstico do paciente. O risco cardiovascular dos pacientes hipertensos deve ser avaliado de forma individual em cada indivíduo hipertenso, pois auxilia na melhor decisão terapêutica e permite uma análise prognóstica. A identificação dos indivíduos hipertensos que estão mais predispostos às complicações, especialmente infarto do miocárdio e AVE, é essencial para uma orientação terapêutica agressiva. Informar ao paciente quais são os fatores de risco para a HAS pode melhorar a eficiência das medidas farmacológicas e não-farmacológicas para redução do risco global. (MALACHIAW, et al. 2016).

Para a classificação de risco cardiovascular recomenda-se a utilização do escore de Framingham. A estratificação tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos 10 anos (BRASIL,2013).

O escore de Framingham é uma ferramenta útil e de fácil aplicação no cotidiano. Ele classifica os indivíduos por meio da pontuação nos seguintes graus de risco cardiovascular (BRASIL, 2010) e auxilia na definição de condutas.

O processo de estratificação possui três etapas. A primeira é a coleta de informações sobre fatores de risco prévios. Os fatores que influenciam na estratificação são: De **baixo risco/Intermediário**: Tabagismo, hipertensão, obesidade, sedentarismo, sexo masculino, história familiar de evento cardiovascular prematuro (homens <55 anos e mulheres <65 anos) e idade >65 anos. Os de **Alto risco**: Acidente vascular cerebral (AVC) prévio, infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio, lesão periférica – Lesão de órgão-alvo (LOA), ataque isquêmico transitório (AIT), hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE), nefropatia, retinopatia, aneurisma de aorta abdominal, estenose de carótida sintomática e Diabetes mellitus. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Se o paciente apresentar só um fator de risco baixo/intermediário é considerado como baixo RCV. E se apresentar ao menos um fator de alto RCV, o paciente já é considerado como alto RCV. O cálculo será realizado quando o usuário apresentar mais de um fator de risco baixo/intermediário. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Na segunda etapa, os critérios avaliados serão os exames de LDLc, HDLc, idade, tabagismo e PA. E na terceira etapa se estabelece uma pontuação com qual se adquire o risco percentual de evento cardiovascular em dez anos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Tabela 1 - Projeção do risco de doença arterial coronariana de acordo com o escore de Framingham.

HOMENS					
Idade			Pontos		
20 – 34			-9		
35 – 39			-4		
40 – 44			0		
45 – 49			3		
50 – 54			6		
55 – 59			8		
60 – 64			10		
65 – 69			11		
70 – 74			12		
75 – 79			13		
Colesterol Total	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
< 160	0	0	0	0	0
160 – 199	4	3	2	1	0
200 – 239	7	5	3	1	0
240 – 279	9	6	4	2	1
≥ 280	11	8	5	3	1
Não fumante	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
	0	0	0	0	0
Fumante	8	5	3	1	1
HDL			Pontos		
> 60			-1		
50 – 59			0		
40 – 49			1		
< 40			2		
PA sistólica	Pontos se não tratada		Pontos se tratada		
< 120	0		0		
120 – 129	0		1		
130 – 139	1		2		
140 – 159	1		2		
≥ 160	2		3		

MULHERES					
Idade			Pontos		
20 – 34			-7		
35 – 39			-3		
40 – 44			0		
45 – 49			3		
50 – 54			6		
55 – 59			8		
60 – 64			10		
65 – 69			12		
70 – 74			14		
75 – 79			16		
Colesterol Total	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
< 160	0	0	0	0	0
160 – 199	4	3	2	1	1
200 – 239	8	6	4	2	1
240 – 279	11	8	5	3	2
≥280	13	10	7	4	2
	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
Não fumante	0	0	0	0	0
Fumante	9	7	4	2	1
HDL			Pontos		
> 60			-1		
50 – 59			0		
40 – 49			1		
<40			2		
PA sistólica	Pontos se não tratada		Pontos se tratada		
< 120	0		0		
120 – 129	1		3		
130 – 139	2		4		
140 – 159	3		5		
≥160	4		6		

Fonte: Cadernos de Atenção Básica Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica Hipertensão Arterial Sistêmica (2013).

Tabela 2 - Tabela para determinação de risco em 10 anos de doença arterial coronariana

HOMENS		MULHERES	
Total de pontos	Risco em 10 anos (%)	Total de pontos	Risco em 10 anos (%)
< 0	< 1	< 9	< 1
0	1	9	1
1	1	10	1
2	1	11	1
3	1	12	1
4	1	13	2
5	2	14	2
6	2	15	3
7	3	16	4
8	4	17	5
9	5	18	6
10	6	19	8
11	8	20	11
12	10	21	14
13	12	22	17
14	16	23	22
15	20	24	27
16	25	≥ 25	≥ 30
≥ 17	≥ 30		

Fonte: Cadernos de Atenção Básica Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica Hipertensão Arterial Sistêmica (2013).

O paciente será considerado Baixo Risco quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O acompanhamento será realizado de forma anual em indivíduos com PA limítrofe e serão orientados sobre mudanças de estilo de vida saudável. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Será considerado Risco Intermediário quando existir 10% – 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O acompanhamento será realizado de forma semestral em indivíduos com PA limítrofe, também receberão orientações sobre estilo de vida saudável e encaminhamento para ações coletivas de educação em Saúde se disponíveis na UBS e se o paciente concordar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Constituirá Alto Risco quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo, tais como IAM, AVC/AIT, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatia. O acompanhamento dos indivíduos com PA limítrofe de alto risco poderá ser trimestral após orientações sobre estilo de vida saudável, encaminhamento para ações de educação em Saúde coletivas se disponíveis na UBS e se o paciente concordar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

O tratamento da hipertensão pode ser realizado com abordagem não-farmacológica e a abordagem farmacológica. As medidas não – farmacológicas incluem a mudança de estilo de vida com hábitos saudáveis, redução de bebidas alcoólicas e tabagismo, prática de atividade física e controle do peso. O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos (BRASIL, 2010).

3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A intervenção foi realizada na Unidade de Saúde Centro de Saúde Água Branca no município de Guamiranga-PR e foi possível realizar a intervenção planejada segundo a metodologia. Foram agendados 28 pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial por dia, durante todas as sextas-feiras do mês de junho no horário de 8:30 AM até AS 12:00 PM horas dando um total de 112 pacientes. Ficou um pouco abaixo do programado inicialmente, porém considerou-se este número satisfatório.

No mesmo dia das, todas as sextas-feiras do mês de Junho, no horário de 8:00 a 8:20 AM, os pacientes receberam informações sobre o que é a hipertensão, principais fatores de risco e uso correto da medicação, através do uso de slides de Power Point.

As agentes comunitárias foram fundamentais neste projeto, pois foi a casa dos usuários convidá-los para participarem. Os pacientes, ao chegarem à unidade de saúde, foram recepcionados pela técnica de enfermagem e pela enfermeira que realizaram a aferição da pressão arterial e tomaram as medidas de altura e peso.

Após, isso foi realizada a anamnese pelo médico onde foram colhidas as outras informações necessárias para realizar a classificação de risco e identificar o número de pacientes com hipertensão mal controlada.

Os dados obtidos foram os seguintes: Foram avaliados 112 pacientes dos quais 28 se encontravam com a pressão arterial superior a 140/90 mmHg, mesmo em uso de medicação anti-hipertensiva. Em relação a classificação de risco cardiovascular segundo o score de Framingham foram identificados 34 pacientes como alto risco, 33 pacientes como risco moderado, 16 pacientes como baixo risco e 29 pacientes não vieram para a consulta.

Como ponto negativo da atividade tivemos um número alto de pacientes que não assistiram as orientações, mesmo sendo avisados pelas agentes comunitárias de saúde, pacientes que terão que ser reagendados. Como ponto positivo a atividade foi muito útil já que foi identificado um número importante dos hipertensos com controle inadequado da pressão arterial e com a classificação de risco realizada vamos iniciar o acompanhamento destes pacientes que não estava sendo realizada, além de manter o recurso educacional.

O resultado de melhorar o acompanhamento dos pacientes hipertensos é suas consequências, no curto, médio e longo prazos deve continuar sendo avaliado. Após sua classificação todos os pacientes serão reagendados pelas agentes comunitárias de saúde para manter o acompanhamento e aqueles que não puderem assistir serão realizadas visitas domiciliares.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento exponencial da população, característico de muitas sociedades atuais, entre as quais a nossa, implica um crescimento substancial na proporção de indivíduos portadores de doenças crônicas degenerativas, entre as quais o diabetes mellitus e suas complicações.

Com este estudo vai nos permitir avaliar como o paciente percebe sua doença quais as dificuldades diárias para o controle da doença, contribuindo para melhor conhecimento dos fatores comportamentais e emocionais que devem ser considerados no planejamento de ações de saúde voltadas para a assistência integral a essa população. Assim, ao iniciar a orientação específica sobre o diabetes mellitus é necessário conhecer os padrões individuais de cada paciente

principalmente em relação aos seus sentimentos, angústias, ansiedade, conflitos e necessidades, para que, por meio do vínculo estabelecido possamos, em conjunto, traçar estratégias direcionadas a alcançar o controle metabólico.

Considerando que este estudo buscou elaborar um plano de intervenção com intenção de favorecer a vida de indivíduos portadores de diabetes e residentes no território do Programa de Saúde da Família Vitorino, PR, orientando suas ações de forma a controlar este quadro clínico, espera-se, portanto, alcançar o nosso objetivo.

4.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

O resultado de melhorar o acompanhamento dos pacientes hipertensos é suas consequências, no curto, médio e longo prazos deve continuar sendo avaliado. Após sua classificação todos os pacientes serão reagendados pelas agentes comunitárias de saúde para manter o acompanhamento e aqueles que não puderem assistir serão realizadas visitas domiciliares.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_sistematica_cab37.pdf>. Acesso em: 02 agosto 2019.

_____. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 29).

_____. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em 12 jun.2019. (Caderno de Atenção Básica, n.37).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <www.ibge.gov.br >acesso em: 12 jun.2019

LANGOWISKI, André Ribeiro; KOERICH, Angélica; TROMPCZYNSKI, Janine. **Linha guia de hipertensão arterial / SAS**. – 2. ed. – Curitiba : SESA, 2018. Disponível em: < http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HIPER_R_4_web.pdf>. Acesso em: 02 agosto 2019.

MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-104, set.2016. Disponível em:

<http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 02 agosto 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**. Disponível em:<http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em 12 jun.2019.

THIOLLENT, MICHEL. Metodologia da pesquisa ação. São Paulo SP, 2007